



UOSD CENTRO SAMIFO

Attività realizzate nel 2020

Nel rispetto di quanto previsto nell'articolo 32 della costituzione della nostra Repubblica *“tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*, la ASL Roma 1 - attraverso la UOSD Centro SAMIFO - struttura sanitaria a valenza regionale, garantisce l'assistenza sanitaria ai numerosi richiedenti e titolari di protezione nazionale e internazionale regolarmente presenti nel nostro territorio.

A cura di Giancarlo Santone.

Comitato di redazione: Maurizio Bacigalupi, Rossella Carnevali, Silvia Capretti.

Si ringrazia tutto lo staff del SAMIFO e gli operatori del Centro Astalli per la collaborazione

Indice

Premessa	pagina 2
Le attività sanitarie del SAMIFO nel 2020	pagina 3
Le attività a favore di donne vittime di Mutilazioni dei Genitali	pagina 12
Le attività di riabilitazione psichiatrica	pagina 18
Il lavoro del servizio sociale	pagina 24
Il progetto ICARE	pagina 29
Il progetto FARI 2	pagina 36
Il progetto Footprints	pagina 40
Il progetto PSIC	pagina 47
Il progetto Destinazione Comune	pagina 48
Il progetto Rome4Roma	pagina 49
Allegato 1: Protocollo operativo tra la commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale e la ASL Roma 1.	pagina 50
Allegato 2: Analisi descrittiva di alcuni indicatori di assistenza sanitaria delle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo nel Lazio.	pagina 54
Allegato 3: Percorsi di salute mentale in rifugiati vittime di violenze traumatiche	pagina 124
Allegato 4: La certificazione medico-legale nell'ambito del diritto d'asilo in Italia: la valutazione degli esiti di tortura e violenza intenzionale	pagina 136
Allegato 5: Follow-up dello sviluppo dei minori stranieri nati a rischio	pagina 143
Allegato 6: Rom e salute mentale: il ruolo della discriminazione	pagina 146

Premessa

La ASL Roma 1 vuole garantire la salute individuale e collettiva dei cittadini presenti nel proprio territorio di competenza e percorsi completi all'interno dei propri servizi anche ai numerosi stranieri residenti inclusi i richiedenti e titolari di protezione internazionale e casi speciali

L'elevato numero di migranti forzati regolarmente presenti nel nostro paese ha stimolato una riflessione circa le modalità di intervento su questa fascia di popolazione estremamente fragile e in condizione di vulnerabilità psico-socio-sanitaria e sulla necessità di mettere in atto azioni e percorsi di tutela della salute, sia in termini di prevenzione che di assistenza, cura e riabilitazione. In questa direzione la ASL Roma 1 ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione. In particolare, da oltre 10 anni ha sostenuto e valorizzato il Centro di Salute per Migranti Forzati SAMIFO nato nel 2006 dalla collaborazione con il Centro Astalli (il servizio dei gesuiti per i rifugiati in Italia) per promuovere la tutela dei diritti e della salute dei migranti forzati e rendere concreta la fruibilità dei servizi. Nel luglio del 2015 il Centro SAMIFO ha ottenuto l'importante riconoscimento della Regione Lazio come *“Struttura Sanitaria a valenza regionale della (ex) ASL Roma A 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”*. Nel nuovo atto aziendale viene inoltre valorizzato come Unità Operativa Autonoma.

Il SAMIFO è ubicato nel poliambulatorio della ASL Roma 1 di via Luzzatti 8, in un contesto urbano caratterizzato dalla multiculturalità, ovvero non lontano dalla Stazione Termini, in vicinanza del quartiere Esquilino e a due passi da Piazza Vittorio; rappresenta una realtà consolidata di collaborazione tra Servizio Pubblico, Privato Sociale e Medicina di Assistenza Primaria, che riunisce al suo interno medici, specialisti e operatori sanitari di grande esperienza insieme ad operatori e mediatori specializzati nell'ascolto, accoglienza e orientamento sociosanitario dei rifugiati. Proprio da quest'unione prende vita una struttura che negli anni è stata riconosciuta come centro di riferimento regionale non solo per i rifugiati, ma anche per le istituzioni, i centri e i servizi di assistenza del territorio regionale.

La necessità di far conoscere realtà complesse quali, per esempio, quelle delle donne richiedenti asilo e rifugiate o delle vittime di tortura, ha stimolato i professionisti del SAMIFO a iniziare un percorso di approfondimento di alcune tematiche attraverso la pubblicazione de *“i quaderni del SAMIFO”*. *Nasce una nuova modalità di approccio che non solo adegua le conoscenze medico-sanitarie occidentali alle popolazioni di differente cultura, ma stimola anche il tentativo di rispondere a nuove problematiche di conoscenza, coinvolgendo campi anche distanti dalla scienza. Di fatto compito della Sanità Pubblica non è solo fornire una assistenza preformata ai bisogni della popolazione, ma promuovere la conoscenza e il sapere in campo sanitario, per offrire un servizio efficace e sempre migliore ai cittadini, anche nuovi arrivati nel nostro paese.*

Le attività sanitarie della UOSD Centro SAMIFO

I pazienti che afferiscono al SAMIFO presentano spesso bisogni di salute complessi, patologie fisiche e psichiche legate alle esperienze traumatiche premigratorie, al viaggio e alla precarietà del presente, acuita sovente da difficoltà di tipo alloggiativo, burocratico-amministrativo, legale, economico e quasi sempre dall'assenza di una rete sociale di supporto. Per accogliere una casistica così eterogenea, l'equipe del servizio è costituita secondo criteri di multidisciplinarietà e collaborazione trasversale. Tale modalità organizzativa risulta essere essenziale nell'assistenza a pazienti come i rifugiati e richiedenti asilo, che hanno necessitano di un approccio globale alla salute e alle condizioni sociali e di vita e, contemporaneamente, di un servizio che sia specializzato nella cura delle patologie post traumatiche.

L'area di medicina generale permette ai rifugiati, oltre che di ricevere l'assistenza primaria, anche di essere orientati alle diverse linee di attività specialistiche interne ed esterne all'ambulatorio.

L'area dedicata alla salute mentale, formata da psichiatri, psicologi e un tecnico della riabilitazione psichiatrica, specializzata in particolare nella cura dalle patologie post-traumatiche e da disadattamento, riveste un ruolo fondamentale all'interno del servizio, visto il livello di fragilità psicologica della popolazione target (Dapunt et al 2017; Priebe et al 2016; Johnson & Thompson 2008; Steel et al 2009; Copeland et al 2007; Bughra 2004).

Nel consultorio di ginecologia lavora un'equipe tutta al femminile, composta da personale specializzato in ginecologia e ostetricia, personale infermieristico, operatrici sociali e mediatrici culturali, che si occupa della tutela della salute delle donne, spesso vittime di violenze, come tortura, abuso sessuale, matrimoni forzati e mutilazioni genitali, e che assicura l'accompagnamento alla gravidanza e al post partum.

Lo specialista ortopedico assicura l'assistenza alle numerose vittime di traumi con esiti muscoloscheletrici che richiedono, in alcuni casi, anche interventi chirurgici.

La medicina legale è un servizio essenziale per la certificazione degli esiti di violenze e torture da sottoporre alle Commissioni Territoriali e ai Tribunali, a sostegno della domanda di protezione internazionale.

Il servizio sociale consente di far fronte alle variegata problematiche sociali che i richiedenti asilo e rifugiati devono affrontare nel periodo post migratorio e che, se trascurate, possono minare anche l'assistenza sanitaria di questa popolazione: ad esempio la disoccupazione non consente al rifugiato di pagarsi un alloggio alla fine del percorso di accoglienza, l'assenza di una residenza crea difficoltà nell'iscrizione e recapito dei documenti sanitari necessari per accedere ai servizi e la mancanza di un luogo dove vivere costringe il rifugiato a spostarsi sul territorio, non potendo seguire un percorso terapeutico continuativo ove necessario.

Il funzionamento del servizio SAMIFO si basa sulla presenza di mediatori linguistico-culturali e operatori sociali, che hanno una funzione di accoglienza e di orientamento verso le attività di cura interne al Centro, ma anche riguardo alle pratiche amministrative legate all'assistenza sanitaria. Il personale di mediazione linguistico-culturale garantisce a persone che vivono spesso in una condizione di silenzio, solitudine e discriminazione, la possibilità di parlare ed essere ascoltati. Questa area, che fa da collegamento e collante tra le diverse specialità, garantisce una continuità relazionale che sostiene il paziente nel suo percorso terapeutico all'interno del servizio, riducendo il rischio di dropouts.

Gli invii al SAMIFO provengono principalmente da Centri di Accoglienza Straordinaria, dal Sistema di Accoglienza e Integrazione, dalle Commissioni Territoriali, dai Tribunali di tutto il territorio regionale. Molti sono anche gli utenti che vengono a chiedere assistenza di persona in seguito ad un passaparola.

Rapporto di attività UOSD Centro SAMIFO – anno 2020

Nel 2020, segnato dalla pandemia del COVID-19, il SAMIFO si è trovato in prima linea nello sforzo di continuare la propria attività, cercando nuove soluzioni e nuovi strumenti. Eravamo inizialmente impreparati. Le grandi difficoltà che ci siamo trovati ad affrontare quotidianamente hanno acceso tutte le risorse individuali e di gruppo. Abbiamo imparato molto anche dai nostri utenti. L'attivazione e il rafforzamento di reti, soprattutto informali e di

base, hanno permesso di rispondere ai bisogni di salute dei nostri assistiti e alle paure degli operatori dei centri di accoglienza e delle organizzazioni della società civile. *“Ha prevalso un senso di responsabilità unito a una certa capacità di resilienza nel cercare di far fronte a questa situazione così complicata”* (Camillo Ripamonti e Chiara Tintori *La trappola del virus* Edizioni Terra Santa, Milano 2021).

Nei mesi di lockdown, secondo le disposizioni del Ministero della Salute, il servizio è rimasto aperto per le visite con carattere di urgenza. In particolare fondamentale è stato il lavoro della linea di medicina di base e di quella di ostetricia-ginecologia per le donne in gravidanza. Con la raccomandazione per i rifugiati a rimanere dentro i centri di accoglienza molti colloqui psicologici e molte consultazioni psichiatriche si sono svolte a distanza, spesso con una connessione a più voci per la presenza fondamentale dei mediatori linguistico-culturali. Da giugno il SAMIFO ha ripreso gradualmente tutte le sue linee di attività: la medicina di base per tutti gli utenti, il consultorio per l'assistenza alle donne, con particolare attenzione alle vittime di mutilazioni genitali femminili e ai percorsi per le donne in gravidanza, la psichiatria, la psicologia e la medicina-legale rivolti in particolare alle persone vittime di gravi traumi come violenze e torture. Per un servizio a libero accesso come il nostro centro, utilizzato dagli utenti come punto di riferimento per la cura, ma anche per l'orientamento sociosanitario, non poche sono state le difficoltà legate agli ingressi contingentati nell'ASL, nonché alle regole di distanziamento e protezione. È stato creato un protocollo per gli accessi al SAMIFO che vengono selezionati fuori dal poliambulatorio: qui i mediatori linguistico culturali, a rotazione a seconda delle necessità del momento, analizzano la domanda dell'utente e innanzitutto lo ascoltano e lo orientano, poi eseguono un questionario di screening dei sintomi Covid-19 e misurano la temperatura a coloro che devono accedere alla struttura, garantendo l'accesso alla sala d'attesa ad un massimo di 7 persone per volta, riducendo così il rischio di contagio all'interno del poliambulatorio e del servizio SAMIFO. Gli operatori, come da disposizioni aziendali, hanno l'obbligo di utilizzare i DPI, a gradazione variabile a seconda del livello di contatto con gli utenti; le stanze e il front e back office sono stati dotati di parafiatati come ulteriore protezione per gli utenti e il personale; le riunioni di staff sono state tutte trasferite alla via telematica.

La pandemia ha portato nuove problematiche, nuove paure e criticità. Tanti nostri assistiti, che avevano subito carcerazioni nel paese di origine o nei paesi di transito, durante il lockdown si sono ritrovati a vivere nuovamente situazioni di costrizione che per alcuni sono state ritraumatizzanti. Molti di coloro che erano riusciti a trovare un certo grado di autonomia con piccoli impieghi, spesso nel settore della ristorazione, si sono ritrovati di nuovo senza nessuna fonte di reddito. In questi casi è stata fondamentale la collaborazione tra le linee sanitarie del servizio, quelle di salute mentale e di medicina generale su tutte, con il servizio sociale e con i servizi di ascolto e di aiuto del Centro Astalli e degli altri enti di tutela dei diritti dei rifugiati. Sostegni economici per poter effettuare esami o visite specialistiche, l'erogazione di farmaci, la collaborazione con enti per l'effettuazione gratuita di esami strumentali o di laboratorio, sono state tutte iniziative fondamentali per reggere l'urto di una pandemia che ha generato ancora più precariato e povertà, incidendo sulla salute delle persone più fragili.

Attraverso fondi di Progetti Europei e del Servizio Sanitario Nazionale, nella seconda metà del 2020 sono cominciate presso il SAMIFO le attività di screening e di prevenzione direttamente legate al contrasto alla pandemia di COVID-19, offerte gratuitamente sia ai rifugiati che al personale e agli operatori dei Centri e dei servizi di accoglienza del territorio. A tal fine è stata messa in atto, da luglio 2020, una valutazione della condizione di sieroprevalenza degli anticorpi indicativi di un contatto con il virus, nelle suddette categorie. Vista la necessità di sistemi rapidi, semplici ed efficienti in grandi contesti e tenendo conto anche delle resistenze culturali di alcuni dei nostri assistiti al prelievo del sangue, ci si è orientati su test eseguibili su sangue capillare. In funzione di ciò si è prodotto ed implementato un'applicazione originale, funzionante sulla piattaforma Microsoft Access, per la registrazione, misura e valutazione degli interventi assistenziali che comportavano l'utilizzazione di test capillari.

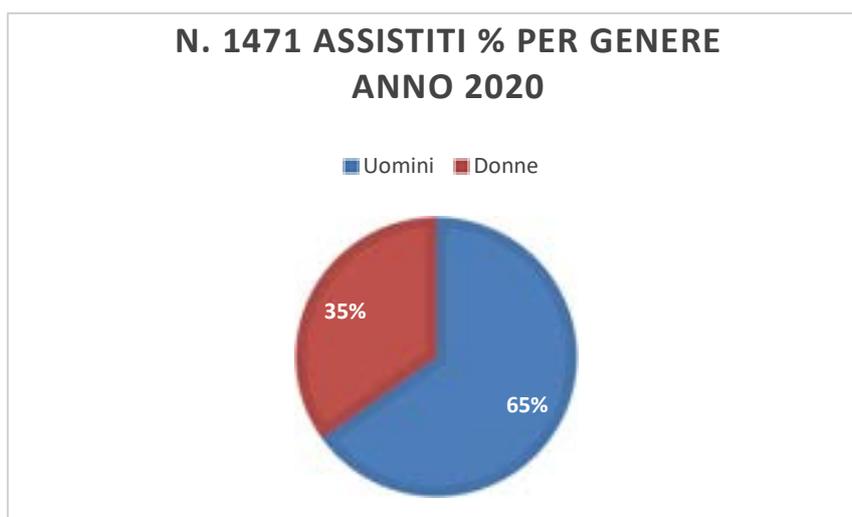
Dal mese di ottobre, nel rispetto degli obiettivi strategici raccomandati dal NITAG - National Immunization Technical Advisory Group - Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni del Ministero della Salute, che prevede anche la realizzazione di interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili, il SAMIFO ha iniziato anche a somministrare vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococciche, incrementando la disponibilità di vaccini rispetto agli anni passati.

A novembre 2020 è iniziata un'ulteriore campagna di screening attraverso l'offerta di tamponi nasofaringei antigenici rapidi, praticati dai 2 medici di medicina generale del SAMIFO.

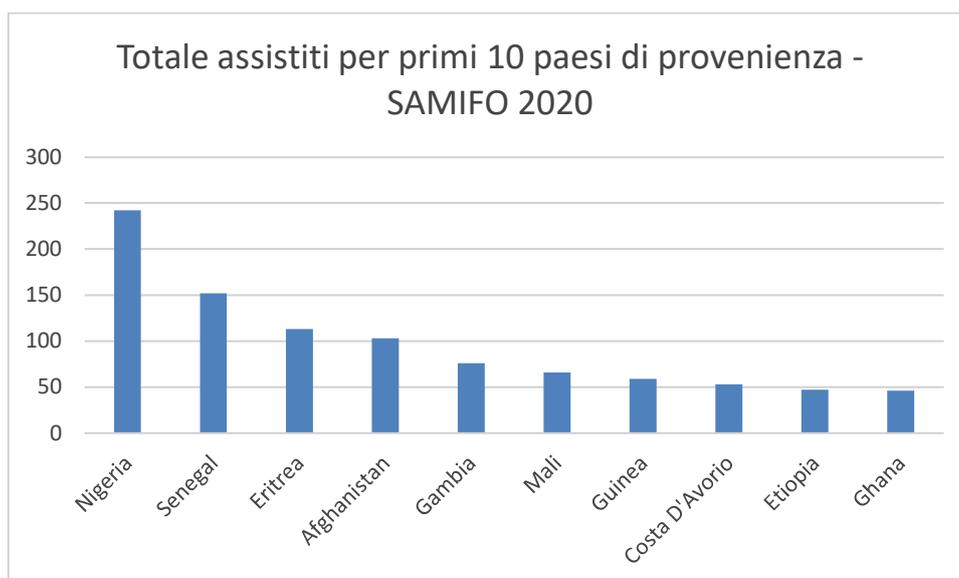
La pandemia in corso non ha però cancellato le difficili storie di vita dei nostri assistiti e il loro faticoso percorso verso il riconoscimento di diritti e dignità. Altissima è stata la richiesta di visite medico-legali per certificare esiti di violenze o torture subite nei paesi di origine o durante il viaggio. Alle testimonianze delle torture e dei soprusi subiti nei centri di detenzione libici si sono aggiunti in misura crescente quest'anno quelle sulle violenze da parte di poliziotti e militari alle frontiere balcaniche.

DATI ASSISTITI - UOSD Centro SAMIFO – ANNO 2020

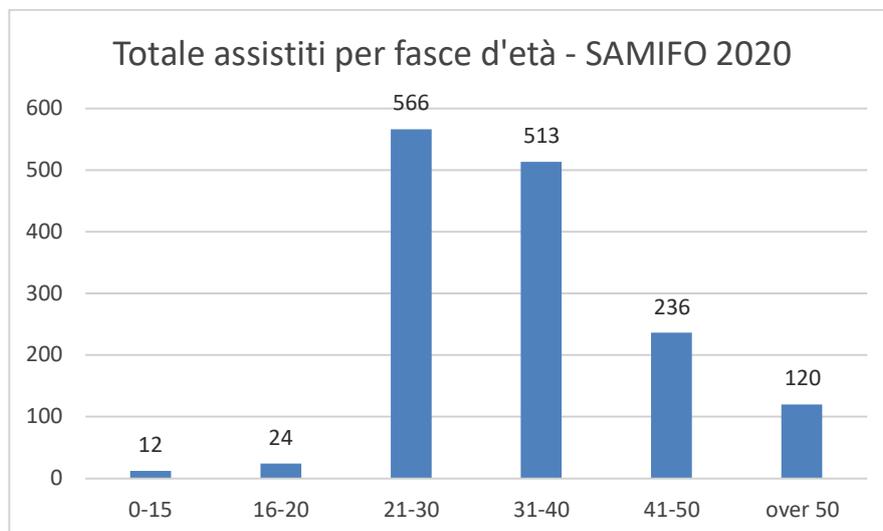
Durante l'anno 2020 il SAMIFO ha assistito in totale 1471 persone in possesso di permesso di soggiorno come richiedenti e titolari di protezione internazionale o protezione speciale (richiedenti asilo, rifugiati, protezione sussidiaria, protezione speciale, casi speciali). Fra queste 958 erano uomini e 513 donne e oltre il 99.5% maggiorenni.



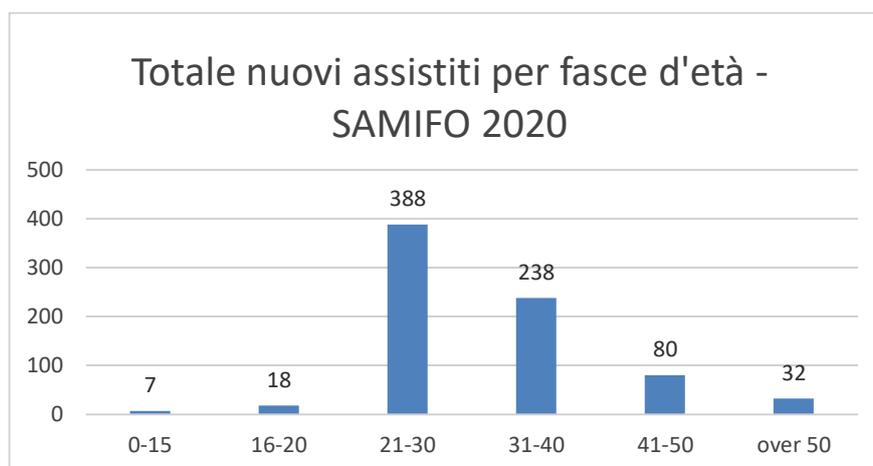
I paesi di origine degli assistiti del SAMIFO sono 66, ma 10 sono quelli che raccolgono ben il 65 % degli assistiti, 9 sono Paesi del continente africano ed il decimo è l'Afghanistan.



Gli utenti del SAMIFO continuano ad essere molto giovani, il 61 % è compreso fra i 21 e 40 anni, il 38 % al di sotto dei 30. Continua invece a crescere il numero degli ultracinquantenni, arrivato nel 2020 al 6% dell'intera popolazione assistita.

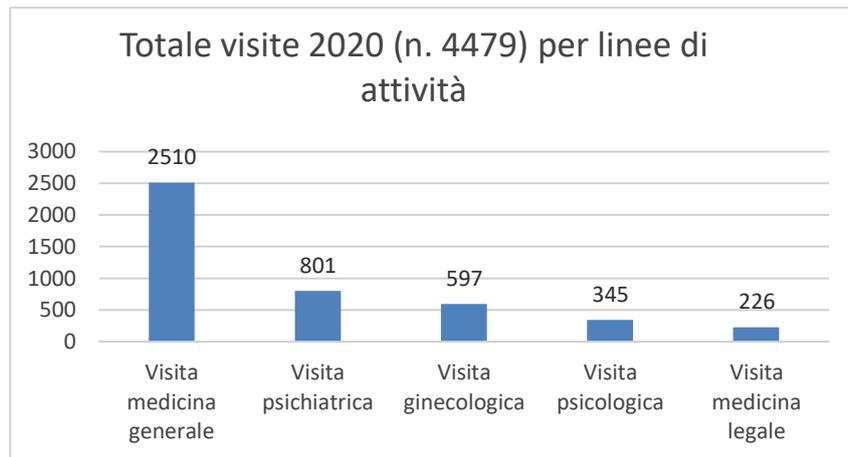


Oltre la metà degli assistiti si è rivolta al SAMIFO per la prima volta nel 2020. La distribuzione per genere e paesi di provenienza di questi ultimi è pressoché sovrapponibile alla popolazione totale degli assistiti, mentre la fascia d'età compresa fra 21 e 40 anni è salita nell'ultimo anno a oltre l'82%.

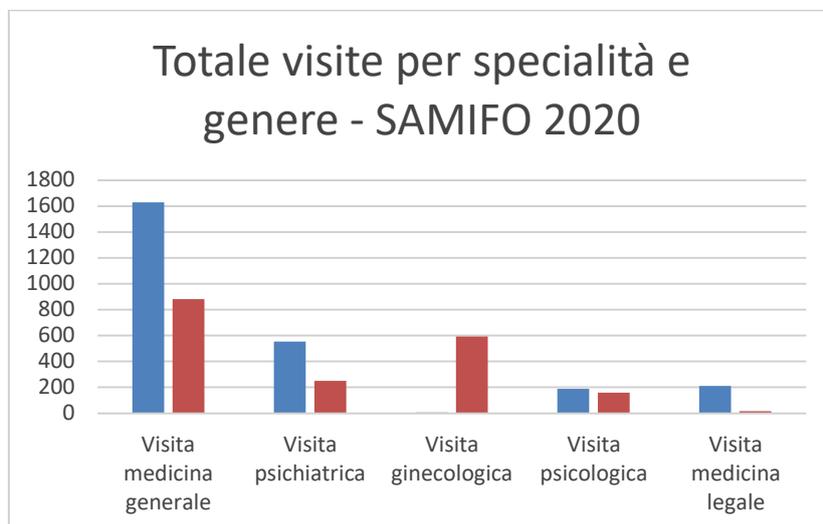


Elevato, anche in quest'anno, il numero dei migranti con particolari vulnerabilità: oltre il 30% dei pazienti (il totale degli utenti di medicina legale, ma anche la maggior parte dei beneficiari dell'area di salute mentale e di ginecologia), sono risultati vittime di tortura, abusi sessuali, tratta, mutilazioni genitali femminili, trattamenti disumani e degradanti.

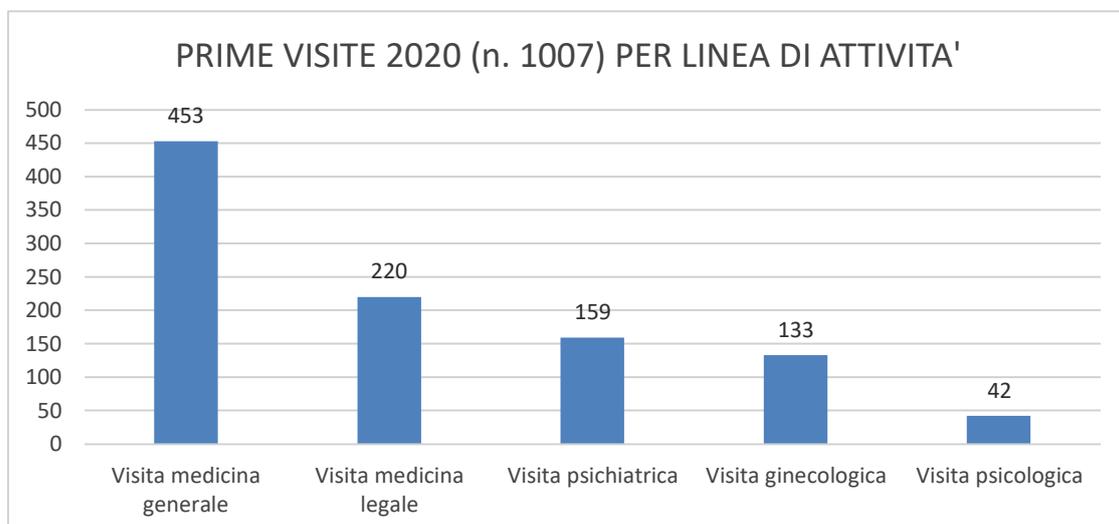
Le visite in totale sono state 4479 così suddivise: 2510 di medicina generale, 801 visite psichiatriche, 345 visite psicologiche, 579 ginecologiche e/o ostetriche e 226 medico legali.



Dal grafico sottostante si può osservare come le donne si rivolgono ai nostri servizi in quantità importante. Pur rappresentando il 35% del totale degli assistiti, la percentuale di visite effettuate è del 42%.

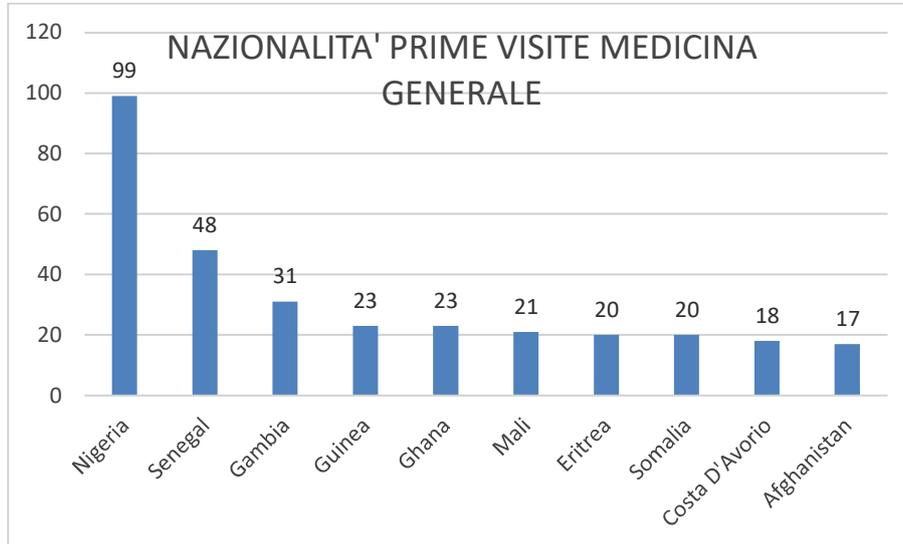


Le prime visite del 2020 sono state in totale 1007, di cui 453 di medicina generale, 220 di medicina legale, 159 psichiatriche, 42 psicologiche e 133 ginecologico-ostetriche.

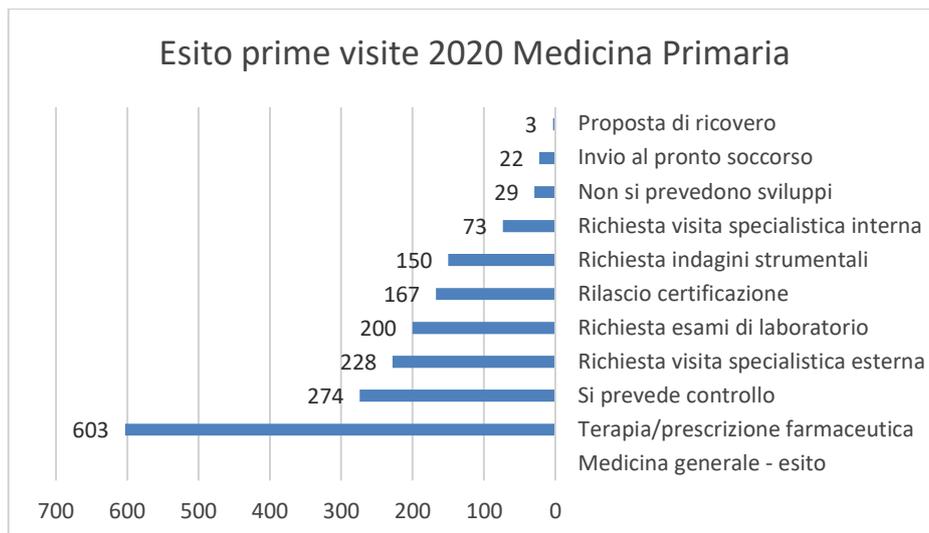


AREA MEDICINA PRIMARIA

I primi 9 paesi di origine, dei nuovi utenti del 2020, appartengono al continente africano e principalmente all’Africa Occidentale e al Corno d’Africa. La Nigeria rappresenta in assoluto il primo paese mentre l’Afghanistan è il primo di quelli non africani.



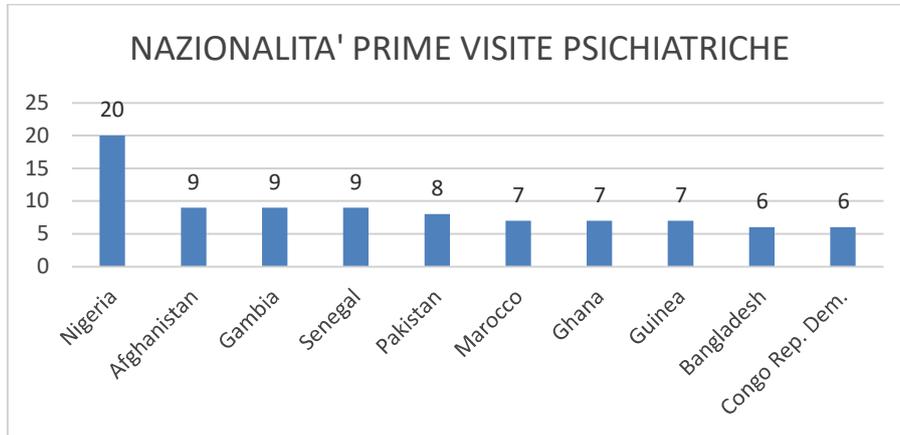
A seguito della prima visita di medicina di assistenza primaria quasi la metà dei pazienti riceveva la prescrizione di una terapia, per un sesto si prevedeva una visita di controllo, un quarto riceveva prescrizione di esami di laboratorio e/o indagini strumentali, meno di un nono riceveva prescrizione di una visita specialistica esterna o interna al Centro SAMIFO, a un decimo di loro veniva rilasciata una certificazione. Gli invii al Pronto Soccorso e le proposte di ricovero sono avvenuti in un numero decisamente esiguo di casi.



AREA SALUTE MENTALE

Visite psichiatriche

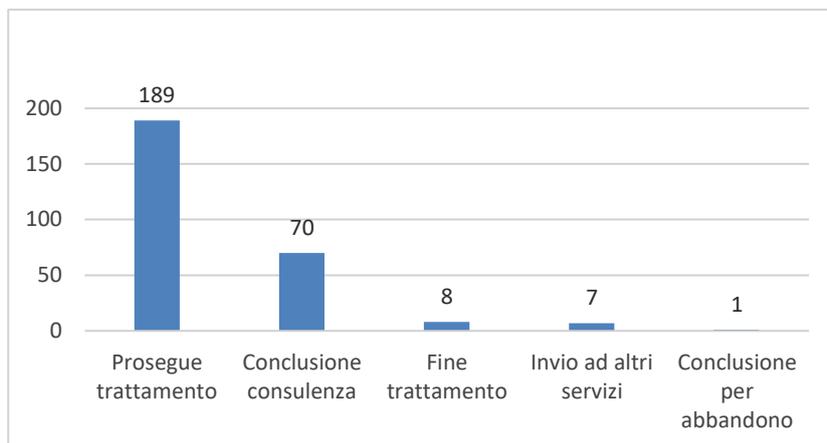
Gli utenti delle prime visite psichiatriche effettuate nel 2020 provengono principalmente dall'Africa Occidentale, dal Marocco, da Afghanistan, Pakistan e Bangladesh.



Tra le prime visite psichiatriche le diagnosi sono così distribuite: il 52% Disturbo post traumatico da stress (PTSD), il 12% sindromi affettive, il 9% reazioni depressive da disadattamento, il 10% sindromi ansiose, somatoformi, fobiche e ossessive, il 6% disturbi di personalità, il 6% psicosi e il rimanente 5% altri disturbi che comprendono l'abuso di sostanze e le patologie organiche. I dati relativi al Disturbo da stress post traumatico sono congrui con la letteratura che ci dice che una percentuale dal 31 al 50% di persone che subiscono un evento traumatico, sviluppa in seguito un PTSD (Steel et al 2009; Johnson & Thompson 2008; Copeland et al 2007; Kessler et al 1995).

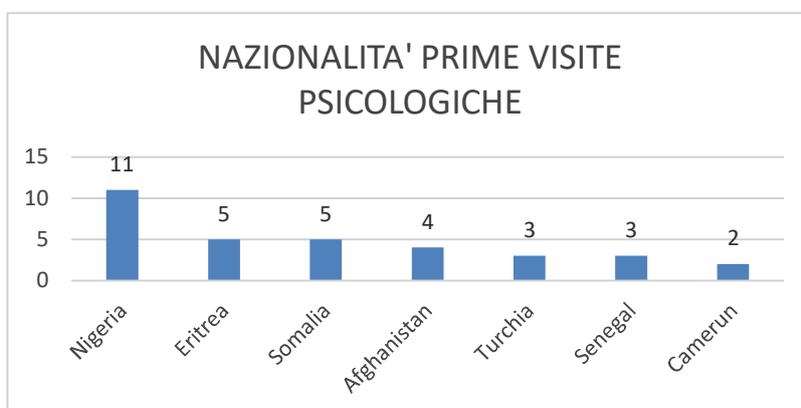


Di tutte le prime visite psichiatriche il 68% esita in un proseguimento del trattamento, il 25% in conclusione della consulenza, il 3% non aveva disturbi psichiatrici, dunque non viene preso in carico, il 2,5% viene inviato ad altri servizi e lo 0,3% non torna alla seconda visita fissata.

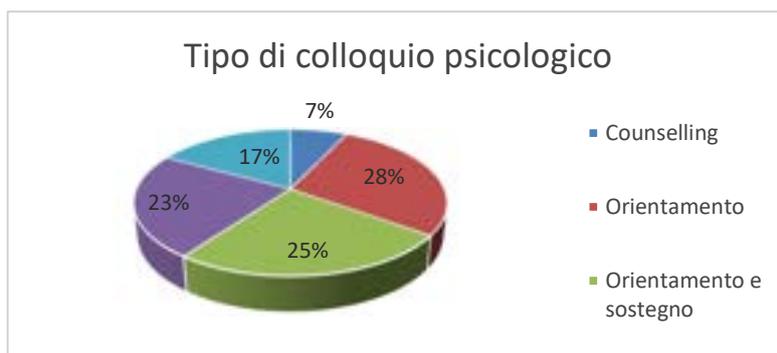


Visite psicologiche

Gli utenti delle prime visite psicologiche effettuate nel 2020 provengono principalmente dalla Nigeria e dal Corno d'Africa, seguite dall'Afghanistan, dalla Turchia, dal Senegal e dal Camerun.

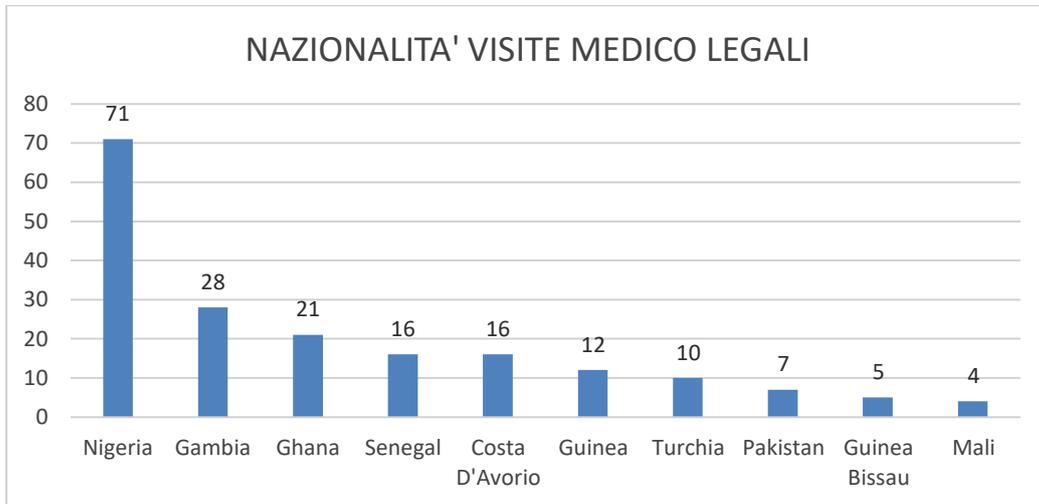


Le prime visite psicologiche sono per il 28% di orientamento, per il 25% di orientamento e sostegno, per il 23% di sostegno, per il 17% di psicoterapia, per il 7% di counselling.

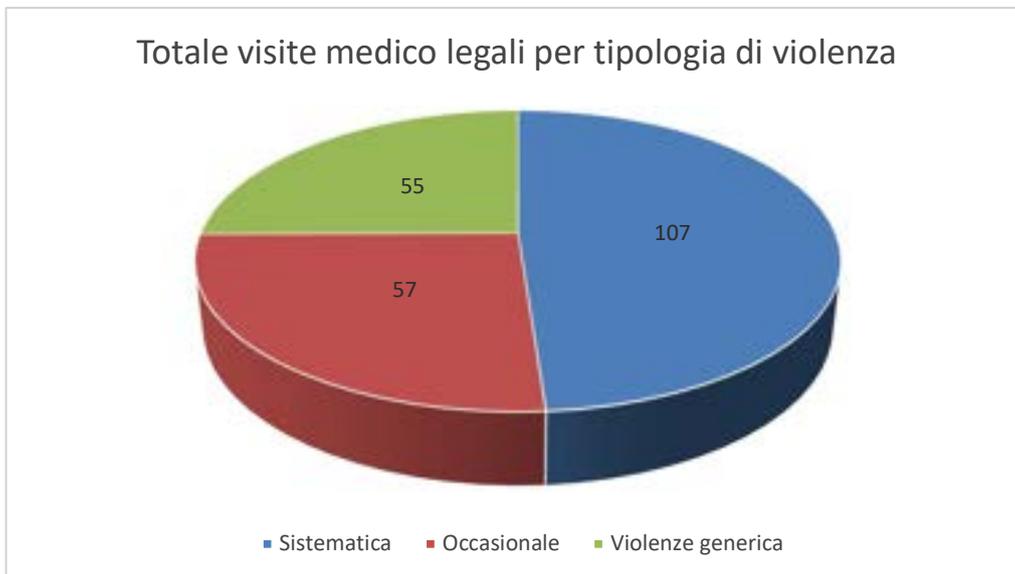


AREA MEDICO LEGALE

Gli utenti delle visite medico legali effettuate nel 2020 provengono principalmente dalla Nigeria e dall'Africa Occidentale, seguite dalla Turchia e dal Pakistan.



Gli esiti di violenza riscontrati nelle visite medico legali suggeriscono nella metà dei casi violenze sistematiche come torture e trattamenti inumani e degradanti nell'ambito di detenzione nelle carceri libiche o sequestri nei Paesi d'origine, in un quarto dei casi circa di violenze intenzionali di tipo occasionale, in un altro quarto dei casi violenza generica, in occasione ad esempio di risse o manifestazioni.



Le attività a favore di donne vittime di Mutilazioni dei Genitali – MGF – SAMIFO 2020

Premessa

Come ben descritto nei quaderni del centro SAMIFO della ASL Roma 1, dedicato alle donne migranti¹, le mutilazioni genitali femminili - MGF - sono pratiche tradizionali escissorie che vengono eseguite, per motivi non terapeutici, principalmente in 30 Paesi dell'Africa sub-sahariana, in Medio Oriente e in Asia. Ancora poco documentata è la notizia di casi di MGF avvenute in America Latina e in altri dove tale pratica non è mai diventata una vera e propria tradizione.²

Si tratta di un fenomeno vasto e complesso, che include pratiche che vanno dall'incisione all'asportazione, parziale o totale, dei genitali femminili esterni, o altre lesioni agli organi genitali per ragioni non mediche. Tali pratiche ledono fortemente la salute psichica, fisica, sessuale e riproduttiva di bambine, ragazze e donne che le subiscono e che rischiano conseguenze **gravi e irreversibili**.

Nel mondo, secondo il nuovo rapporto Unicef³ almeno 200 milioni di donne e bambine hanno subito una forma di MGF. Tra le vittime, 44 milioni sono bambine fino a 14 anni e 3,9 milioni di ragazze sono a rischio ogni anno.

In Italia le donne vittime di mutilazioni dei genitali sono 85-90mila, di cui 5-7mila minorenni – con Nigeria ed Egitto come principali paesi tributari – e le bambine oggi a rischio sono circa 5mila, soprattutto in occasione dei viaggi vacanza per far visita ai familiari nel paese di origine dei genitori. In generale fortunatamente le generazioni più giovani sono meno mutilate e hanno prevalenze decisamente più basse, in linea con quello che succede nei Paesi d'origine. Fra le nazionalità ad alta prevalenza le giovani somale corrono rischi molto elevati⁴.

In Europa risiedono numerose donne, ragazze e bambine che sono state sottoposte a MGF prima di trasferirsi dal loro paese di provenienza o durante un soggiorno fuori dai confini europei. Sono circa 500.000 mila le donne che vivono in Europa e che hanno subito una forma di MGF.

Le mutilazioni genitali femminili sono, in gran parte, perpetuate da dannose norme culturali con impatti avversi duraturi su persone e comunità.

La UOSD Centro SAMIFO della ASL Roma 1 condivide la visione di un mondo libero dalle mutilazioni dei genitali femminili e porre fine alla pratica entro il 2030, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs). La complicazione, ora che il mondo sta affrontando la pandemia di COVID-19 di cui siamo tutti al corrente, riguarda le interruzioni e il rallentamento dei progetti e dei programmi di prevenzione delle MGF. Secondo un report UNFPA, potrebbero quindi verificarsi 2 milioni di casi di FGM nel prossimo decennio, che sarebbero stati altrimenti evitati.

Inoltre, COVID-19 sta rallentando gli sforzi pianificati per porre fine ai matrimoni precoci e, al di là delle conseguenze economiche, potrebbero verificarsi circa 13 milioni di matrimoni precoci, tra il 2020 e il 2030, che non si sarebbero altrimenti svolti.

Infine, è da considerare l'aumento delle violenze domestiche. Si stima, infatti, che se il *lockdown* dovesse proseguire per altri 6 mesi, provocherebbe circa 31 milioni di casi di violenza di genere aggiuntivi. I diritti dell'essere umano, delle donne e dei bambini vanno tutelati e onorati, con l'obbiettivo di proteggere i più vulnerabili e di fornire a comunità intere gli strumenti per costruirsi un futuro migliore: di speranza, cambiamento, di crescita e di dignità. **Ogni donna ha il diritto di essere libera**⁵.

Tipi di mutilazione

¹ Amref, Paola Magni, Stop Female Genital Cutting, – Quaderni del SAMIFO - Donne Migranti, 2016, pg 39/49

² “Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern” – New York:Unicef, 2016

³ “Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern” – New York:Unicef, 2016

⁴ <https://www.dire.it/01-07-2020/480037-in-italia-85-90mila-donne-con-mutilazioni-genitali-femminili-di-cui-5-7mila-minori/>

⁵ <http://www.vita.it/it/article/2020/05/07/paola-magni-per-contrastare-le-mutilazioni-genitali-femminili-solo-la-/155397/>

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)⁶ ha classificato le mutilazioni in 4 tipi differenti, a seconda della gravità degli effetti:

1. Asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride
2. Asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra
3. Asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale (infibulazione)
4. Il quarto gruppo comprende una serie di interventi di varia natura dannosi per i genitali femminili per scopi non medici. (taglio, foratura, incisioni, cauterizzazione con bruciature)

Queste pratiche sono eseguite in età differenti a seconda della tradizione: per esempio in Somalia si praticano sulle bambine, in Uganda sulle adolescenti, mentre in Nigeria sulle neonate.

Le ragioni delle mutilazioni genitali femminili

Le mutilazioni genitali femminili vengono praticate per una serie di motivazioni:

- Ragioni sessuali: soggiogare o ridurre la sessualità femminile
- Ragioni socio-culturali: iniziazione delle adolescenti all'età adulta, integrazione sociale delle giovani, mantenimento della coesione nella comunità
- Ragioni igieniche ed estetiche: in alcune culture, i genitali femminili sono considerati portatori di infezioni e osceni
- Ragioni sanitarie: si pensa a volte che la mutilazione favorisca la fertilità della donna e la sopravvivenza del bambino
- Ragioni religiose: molti credono che questa pratica sia prevista da testi religiosi (Corano)

Conseguenze

- Tutte queste mutilazioni ledono gravemente sia la salute sia la vita sessuale delle donne. Le mutilazioni genitali femminili hanno gravissime conseguenze sul piano psicofisico, sia immediate (con il rischio di emorragie a volte mortali, infezioni, shock), sia a lungo termine (cisti, difficoltà nei rapporti sessuali, rischio di morte nel parto sia per la madre sia per il nascituro). Per tutte, l'evento è un grave trauma. Conseguenze di lungo periodo sono la formazione di ascessi, calcoli e cisti, la crescita abnorme del tessuto cicatriziale, infezioni e ostruzioni croniche del tratto urinario e della pelvi, forti dolori nelle mestruazioni e nei rapporti sessuali, maggiore vulnerabilità all'infezione da Hiv, epatite e altre malattie, infertilità, incontinenza, maggiore rischio di mortalità materna o emorragia al momento del parto.
- Le ragazze che le subiscono sono private anche della capacità di decidere sulla propria **salute riproduttiva**.

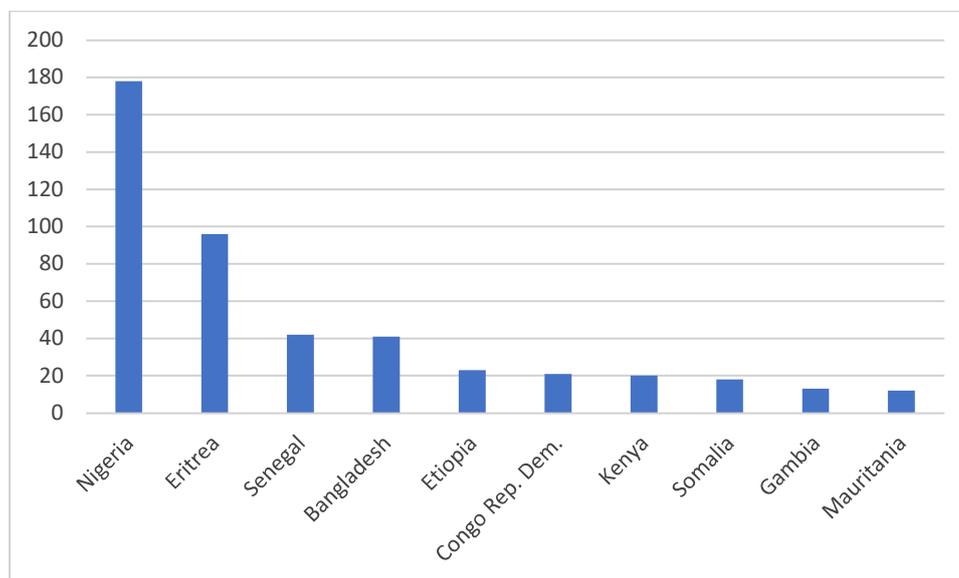
Con l'arrivo di grandi flussi migratori e lo stabilirsi di comunità formali e informali di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria nel nostro Paese, il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili è diventato un problema che ci riguarda da vicino e che ci interroga su possibili strategie di intervento e prevenzione.

Nonostante l'emergenza causata dalla pandemia da COVID-SARS abbia obbligato le amministrazioni centrali e locali a ridurre gli spostamenti e limitare l'accesso ai servizi sociosanitari, come nel 2019 sono state ben 43 le nazioni rappresentate dalle donne che hanno avuto accesso all'ambulatorio ostetrico-ginecologico del SAMIFO e che hanno avuto almeno una visita anche nel 2020. Nello specifico **sono state visitate 261 donne (nel 2019 erano 339), di cui 133 nuovi accessi (126 nel 2019), effettuate 597 visite (541 nel 2019), 178 ecografie ostetriche e ginecologiche e 129 pap test**. Non sono incluse nel conteggio le prestazioni a distanza per sostenere sia quelle donne impossibilitate agli spostamenti (durante il lockdown o successivamente a causa di isolamenti fiduciari o quarantene) che gli operatori di accoglienza incapaci di dare risposte sanitarie che esondano dalla loro funzione statutaria.

⁶ WHO, Fact sheets, 2001

La maggior parte delle utenti provengono dal continente africano principalmente dalla Nigeria, Eritrea, Senegal, Somalia, Etiopia, Repubblica Democratica del Congo, Kenia. Il Bangladesh rappresenta il 4 paese per numero di utenti.

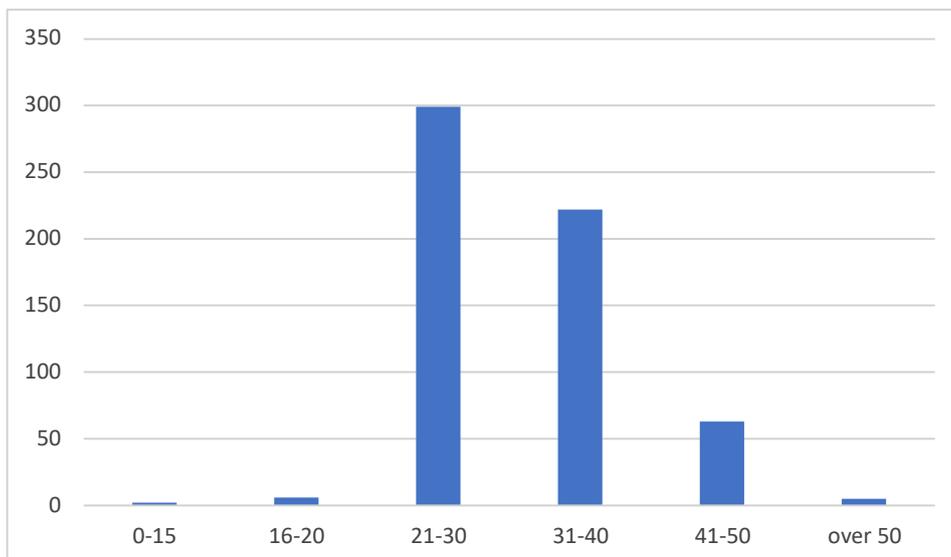
Grafico N° 1 – Totale visite ostetriche-ginecologiche per principali paesi di provenienza - SAMIFO 2020



Le fasce d'età compresa tra 21 e 40 anni rappresenta oltre l'87 %, 25 comprese tra 41 e 50, 6 inferiore a 20 anni. La maggior parte delle utenti è giunta in Italia via mare dopo la fuga dal proprio paese e il viaggio traumatico attraverso i difficili paesi di transito. Durante il percorso migratorio la maggior parte sono state vittime di violenze intenzionali incluse quelle sessuali, anche ripetute, da parte di trafficanti, di cittadini dei paesi di transito e talvolta anche da parte di connazionali. Oltre al trauma fisico e psicologico, la paura di aver contratto malattie sessualmente trasmissibili ne condiziona fortemente le relazioni affettive.

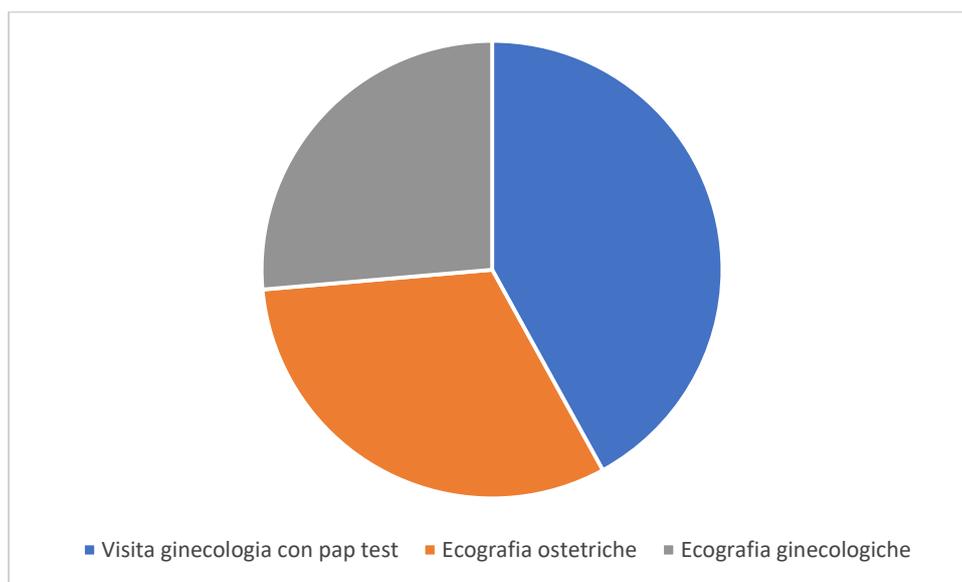
Molte delle donne obbligate alla migrazione assumono prima del viaggio anticoncezionali di lunga durata per prevenire gravidanze causate dalle violenze sessuali. Qualcuna purtroppo rimane incinta e, non potendo procedere all'interruzione della gravidanza, per inesistenza di servizi sanitari nei paesi di transito (si pensi al Sudan, Libia, Niger, Mali, etc) e/o per motivi religiosi o culturali, porterà con se per tutta la vita il frutto della violenza subita. La presenza di un servizio di mediazione linguistico multilingua stabile, *gender and cultural oriented*, favorisce la fruibilità del servizio e accompagna la relazione tra le donne vittime di MGF ed operatori sanitari nei vari contesti di riferimento (ginecologico, ostetrico, psicologico), favorendo la rimozione delle barriere linguistico-culturali, la conoscenza e la valorizzazione delle culture d'appartenenza nonché l'accessibilità e la qualità delle cure, favorendo, al contempo, la piena inclusione nei circuiti ordinari dell'utilizzo dei servizi non offerti dal SAMIFO.

Grafico N° 2 – Totale visite ostetriche-ginecologiche per fasce di età - SAMIFO 2020



Inoltre, sempre nel 2020, sono stati effettuati 129 pap-test, 97 ecografie ostetriche e 81 ginecologiche, sia pelviche che mammarie.

Grafico N° 3 – Totale pap test e ecografie. SAMIFO 2020

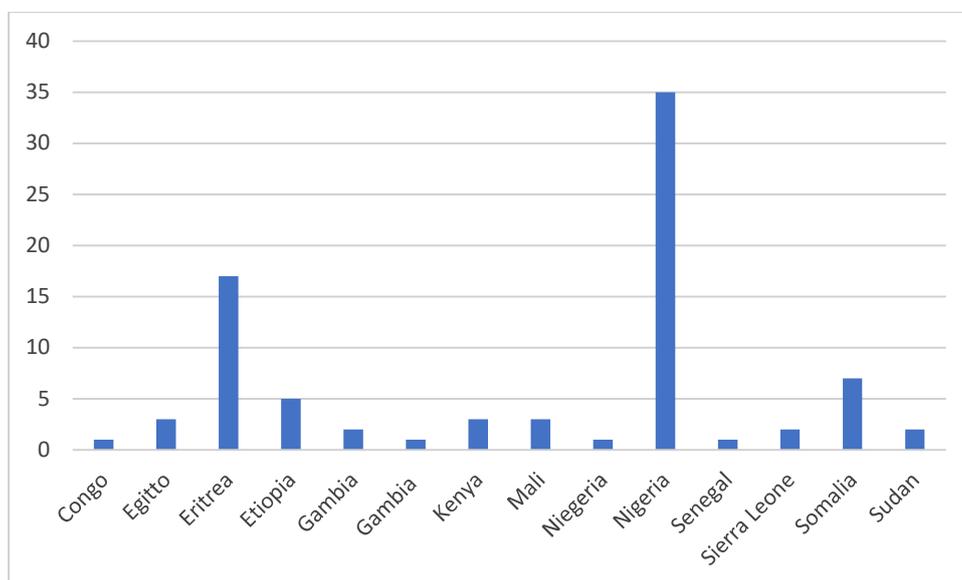


Nel campo oncologico effettuare diagnosi precoci è fondamentale per aumentare l'efficacia delle cure e le possibilità di guarigione. In linea con quanto previsto dal Sistema Sanitario Regionale del Lazio il SAMIFO offre strumenti efficaci per identificare precocemente e contrastare e limitare le conseguenze di alcuni tipi di tumore attraverso il programma di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (donne nella fascia di età 25-64 anni) e quello per la prevenzione dei tumori della mammella attraverso visite e ecografie mammarie, oltre che dando indicazioni specifiche sulla autopalpazione.

Per quanto riguarda l'assistenza alle donne con mutilazioni dei genitali femminili, analizzando la distribuzione delle vittime per paese di provenienza durante l'anno 2020 si evidenzia che tutte appartengono al continente africano, con ben 14 paesi rappresentati, 4 in più rispetto all'anno precedente; oltre il 50% delle donne proviene da paesi del corno d'Africa. La Nigeria è in assoluto il primo paese di provenienza delle donne con MGF, prevalentemente sottoposte al tipo 1, seguita dall'Eritrea e Somalia.

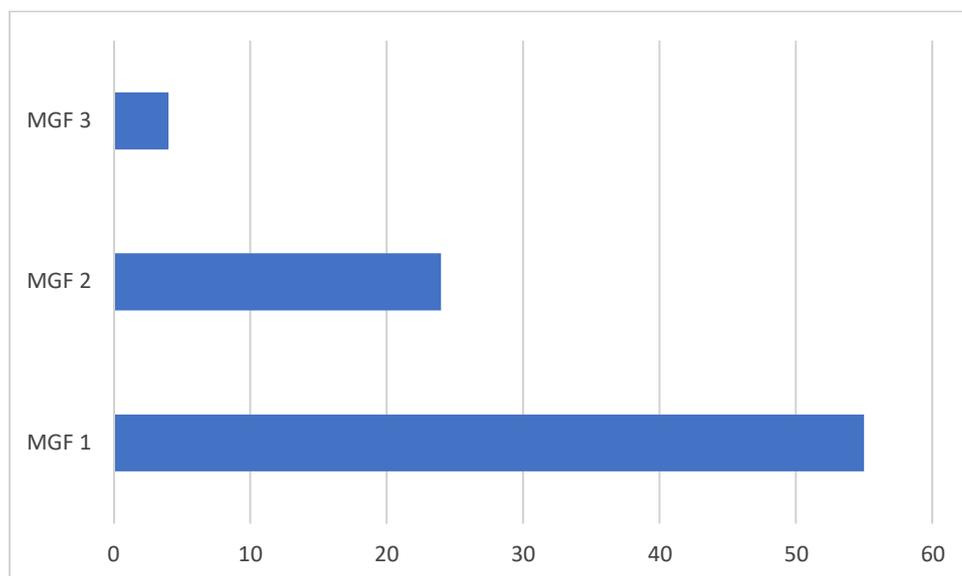
Durante il 2020 sono state visitate 83 donne vittime di MGF nell'ambulatorio ostetrico ginecologico del SAMIFO (7 in meno rispetto al 2019); 55 sono le donne vittime di MGF di tipo 1, 24 di tipo 2 (provenienti dall'Eritrea, Etiopia, Somalia, Nigeria, Gambia, Egitto, Mali e Sierra Leone) e 4 di tipo 3 (provenienti dalla Somalia, Eritrea e Sudan). I nuovi accessi sono stati in totale 39, otto in più rispetto all'anno precedente.

Grafico 7. Totale donne assistite con MGF per paese di provenienza. SAMIFO 2020



Oltre il 65 % delle vittime di MGF osservate presso il SAMIFO durante il 2020 ha subito il 1° tipo di MGF, il 30 % il tipo 2 e il 5 % il 3° tipo.

Grafico 3. Totale assistite per tipologia di MGF. SAMIFO 2020



Osservazioni

In questa relazione abbiamo voluto capire le ragioni per le quali le donne vittime di MGF si rivolgono all'ambulatorio di ginecologia del SAMIFO: sono prevalentemente spinte da motivi di controllo specialistico o di follow-up per gravidanza, ecografie, ma anche per richiedere terapia contraccettiva, certificazioni mediche che attestino le violenze subite e la presenza di MGF (a sostegno della domanda di protezione internazionale) e più raramente per chiedere informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza.

Il servizio garantisce anche la gestione e il coordinamento dei programmi di screening oncologici in particolare la prevenzione dei tumori della cervice uterina proponendo alle donne il PAP test.

Recentemente abbiamo anche avuto richieste da parte delle vittime di MGF di poter accedere a percorsi finalizzati alla deinfibulazione, sia in vista del parto (donne che richiedono di poter partorire in maniera eutocica o naturale e di non essere sottoposte a parto cesareo in presenza di MGF di 3 tipo) sia per ripristinare la completa pervietà del canale vaginale per ridurre le conseguenze sulla salute fisica, sessuale e riproduttiva.

Il campione delle donne incluso in questa relazione è composto prevalentemente da persone con permesso di soggiorno come richiedente o titolare di protezione internazionale, altre forme di protezione o ricongiungimenti familiari. Spesso le donne sono ignare della loro condizione legata alle mutilazioni dei genitali. Se durante la prima visita viene riscontrata la presenza di MGF, la ginecologa concentra la sua attenzione sulle possibili conseguenze sulla salute fisica, riproduttiva o psicologica. In quest'ultima ipotesi le donne vengono inviate per una prima valutazione e per una eventuale presa in carico all'equipe di salute mentale (psichiatra o psicologa).

Conclusioni

Si ringrazia la Regione Lazio, in particolare la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, per l'assegnazione dei fondi e facilitare il lavoro quotidiano degli operatori sanitari della linea di attività di Tutela della salute delle donne rifugiate, vittime di Mutilazioni dei Genitali.

Compatibilmente con la disponibilità di ulteriori fondi si richiede, al fine di stabilizzare e migliorare l'assistenza psico-sanitaria alle donne vittime di mutilazione dei genitali femminile afferenti al SAMIFO e di implementare l'attività di prevenzione primaria di tale pratica, di continuare a sostenere le attività della UOSD centro SAMIFO.

Le attività di riabilitazione psichiatrica - SAMIFO 2020

È ormai accertato che le difficoltà di accesso e di utilizzo dei servizi socio-sanitari riguardano maggiormente le persone svantaggiate e tra queste, spesso, le persone migranti. In particolare le vittime di guerre, di persecuzione e tortura, di violenza intenzionale, di abusi sessuali, di mutilazioni dei genitali, di matrimoni forzati, di catastrofi ambientali, presentano una vulnerabilità psico-sanitaria che spesso si traduce anche in una maggior difficoltà di accesso ai servizi (ri)socializzanti e (ri)abilitativi.

I servizi riabilitativi sono finalizzati ad aiutare gli individui a sviluppare abilità ad accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di avere successo ed essere soddisfatti negli ambienti abitativi, lavorativi, scolastici e sociali di loro scelta (USPRA; Psychiatric Rehabilitation Association 2007). L'obiettivo è affiancare al percorso di "riabilitazione", inteso quale insieme di pratiche per il recupero di funzioni acquisite, la realizzazione di programmi di "abilitazione" per l'acquisizione di competenze per rispondere ai compiti evolutivi e sociali del soggetto stesso.

La Riabilitazione comprende "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione" (*Ministero della Salute – Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale – Roma, 22 Marzo 2017*).

Essendo la UOSD Centro SAMIFO un riferimento socio-sanitario a valenza regionale per richiedenti e titolari di protezione internazionale - RTPI - è opportuno differenziare i percorsi riabilitativi possibili sulla base dell'eterogeneità dei pazienti presi in carico.

I pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi richiedono trattamenti integrati, appropriati e tempestivi al fine di garantire l'accesso alle cure e ridurre la cronicità. I RTPI 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-psicologico della UOSD Centro SaMiFo dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale. Generalmente l'utente viene preso in carico da entrambi i servizi, e un'équipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, antropologi, infermieri e mediatori linguistico-culturali di entrambi i servizi si occupa di stilare un progetto socioterapeutico e riabilitativo individualizzato condiviso con l'utente, i centri di accoglienza e i familiari, raramente presenti. E' opportuno sottolineare che tale percorso è perseguibile solo attraverso il lavoro multidisciplinare nella rete dei servizi territoriali coinvolti a causa della complessità culturale, sociale e di genere.

I RTPI che presentano una vulnerabilità psico-sanitaria e che vivono concrete esperienze di esclusione sociale, richiedono la possibilità effettiva di accedere ad attività che possano dare dignità nel prevenire lo sviluppo di drammatiche reazioni psicologiche e/o di tensione nelle relazioni interpersonali. La riabilitazione delle vittime di tortura o di violenza estrema non può avvenire se non attraverso un nuovo inserimento sociale di persone troppo spesso "confinare" negli specifici settori d'intervento dei relativi servizi o escluse dal mondo formativo e produttivo." (*Ministero della Salute – Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale – Roma, 22 Marzo 2017*).

Per rispondere al bisogno di supportare i percorsi di accoglienza, autonomia e inclusione sociale l'attività riabilitativa della UOSD Centro SaMiFo viene realizzata attraverso le azioni previste da progetti specifici, finanziati prevalentemente con fondi nazionali, europei o internazionali.

Attualmente i progetti che garantiscono l'attuazione di interventi riabilitativi sono:

- FARI 2 – Formare Assistere Riabilitare Inserire, rappresenta la prosecuzione del progetto FARI. Trattasi di un progetto regionale finanziato dal Fondo Asilo Migrazione Integrazione - FAMI. La ASL ROMA 1,

capofila, ha coinvolto altre 6 ASL regionali oltre a organizzazioni della società civile quali Cittadinanza Attiva, Centro Studi di Politica Internazionale, Centro Astalli, Programma Integra, Accademia Creazioni Moda, Parsec agricoltura, A tavola con lo chef, E-green e altre realtà. I destinatari di progetto sono richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria.

- DESTINAZIONE COMUNE, progetto regionale finanziato da fondi FAMI, capofila Programma Integra. Coinvolge numerosi partner pubblici e del privato sociale. La ASL ROMA 1 è l'unica azienda sanitaria regionale coinvolta.
- PSIC Percorsi Socio-sanitari Integrati Comunitari, vede Roma Capitale capofila e partner oltre alla ASL ROMA 1 anche le ASL ROMA 2 e 3. Il progetto PSIC prevede, tra l'altro, la realizzazione di un polo riabilitativo cittadino sovra territoriale gestito dalla ASL ROMA 1 attraverso il SaMiFo, rivolto a cittadini regolarmente presenti sul territorio nazionale e provenienti da Paesi Terzi, con disagio mentale.

Il Progetto FARI 2 ha l'intento di garantire l'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio regionale, attraverso percorsi di prevenzione, individuazione, presa in carico e trattamento di richiedenti e titolari di protezione internazionale e di minori stranieri anche non accompagnati in continuità tra il sistema di accoglienza e quello di assistenza socio-sanitaria. L'obiettivo è fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale di RTPI attraverso modelli sanitari integrati creando e/o rafforzando specifici e coerenti percorsi di assistenza e trattamento e rafforzando le diverse competenze del sistema socio-sanitario regionale. La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi interdisciplinari di cura e/o di sostegno individuale appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati, attraverso l'integrazione tra l'assistenza medica di base, l'assistenza specialistica territoriale e ove necessario quella ospedaliera.

Tra gli interventi previsti per i RTPI destinatari, si annovera anche un'azione di alfabetizzazione sanitaria finalizzata all'orientamento ai servizi sociosanitari, alla promozione del benessere e della salute, e a fornire informazioni di base su alcune malattie, e un'azione (ri)abilitativa di acquisizione di specifiche competenze.

Relativamente all'attività ri-abilitativa rivolta ai destinatari, il progetto prevede l'attivazione di più percorsi di acquisizione di specifiche competenze in:

- agricoltura sociale, attenta agli aspetti di valore dei prodotti e dei produttori, 120 ore di formazione on the job attuate da Parsec Agricoltura. Ha una durata di 3 mesi con frequenza bisettimanale;
- florovivaistica e manutenzione del verde, l'ente formatore è e-green, il corso prevede 50 ore di formazione teorico-pratica distribuite in 1 mese con frequenza 3 volte a settimana;
- ristorazione/pasticceria, il percorso è tenuto dalla scuola di cucina A Tavola con lo Chef. Ha una durata di 2 mesi e mezzo con frequenza bisettimanale;
- alta sartoria, design e abiti su misura, è un percorso altamente qualificante tenuto da Maiani Accademia Moda della durata di 6 mesi con frequenza trisettimanale.

Il percorso prevede una prima fase di raccolta di segnalazioni di possibili candidati da professionisti del SaMiFo, dai centri di accoglienza - CAS e SAI - dalla rete del privato sociale e dai servizi territoriali.

L'équipe multidisciplinare individua i destinatari attraverso colloqui individuali e di gruppo di valutazione e orientamento e, successivamente, di monitoraggio del percorso. Questi momenti di follow up hanno una duplice valenza in quanto spesso rappresentano un momento di restituzione rispetto al percorso fatto sia alla persona che al centro di accoglienza di riferimento.

A seguito di un'attenta valutazione multidisciplinare clinica e sociale dei destinatari del progetto gli stessi entrano a far parte dei percorsi formativi presso il padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. La condivisione del percorso con i formatori degli enti vincitori di avviso pubblico, che svolgono lezioni teorico-pratiche, rappresenta un punto di forza del progetto. Alla fine del percorso di acquisizione di competenze, in collaborazione con gli enti formatori, vengono individuate le aziende presenti nel territorio che accolgono, nelle proprie realtà lavorative, i RTPI formati. Vengono attivati tirocini retribuiti di inclusione sociale, in convenzione con il Col.tirocini di Roma Capitale, in ciascun settore di riferimento. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica, supportato dall'équipe multidisciplinare, svolge una funzione di tutoraggio e monitoraggio del percorso in aula e rappresenta un riferimento e collegamento con le aziende per il percorso di inserimento socio-lavorativo. La possibilità di attivare tirocini di inclusione sociale retribuiti a carico del progetto supporta il percorso di autonomia del destinatario,

facilita l'integrazione sociale e promuove l'empowerment, processo complesso di potenziamento di risorse interne in condizioni esterne favorevoli che è strettamente collegato al concetto di agency, restituendo al migrante forzato la possibilità di sentirsi ed essere agente di se stesso.

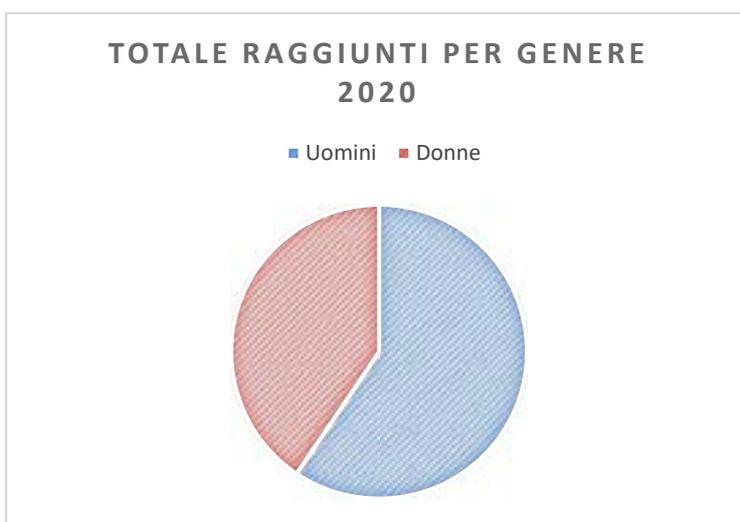
Questa modalità ri-abilitativa iniziata nel 2018 ha portato alla stabilizzazione lavorativa sotto diverse forme (contratto a tempo determinato, indeterminato o rinnovo di tirocinio per il massimo dei mesi consentiti) 8 destinatari raggiunti e presi in carico.

L'obiettivo specifico delle attività previste è attivare processi di cambiamento finalizzati ad aumentare nella persona il potere contrattuale, la possibilità di scambio, le risorse, gli affetti, l'autonomia ed il senso di responsabilità (Corrigan 2016).

All'interno di questo processo ri-abilitativo volto all'autonomia e all'inserimento sociale dei RTPI è opportuno considerare, come elemento discriminante per la progettualità del destinatario, l'attivazione e gestione della rete del sistema di accoglienza, territoriale e del privato sociale.

Essendo l'obiettivo ultimo l'autonomia, il percorso di riabilitazione è intrecciato in modo inscindibile con il percorso di accoglienza delle vittime, determinandone la durata e le modalità concrete di erogazione. Gli interventi di riabilitazione riguardano pertanto sia l'ambito di azione di stretta competenza del sistema sanitario nazionale che quello del sistema nazionale di accoglienza per i richiedenti asilo. Da un lato, quindi sono coinvolti il Ministero della Salute e i Servizi Sanitari Regionali, dall'altro il Ministero dell'Interno con le Prefetture e il Dipartimento delle Libertà Civili, ove fa capo l'Autorità Responsabile dei fondi FAMI.

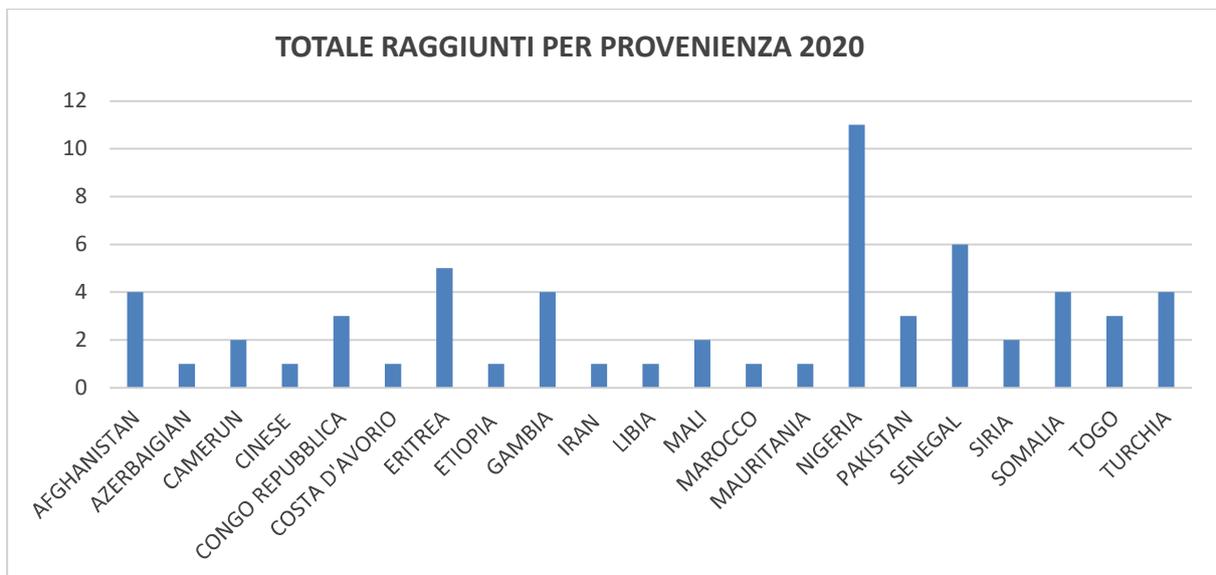
Nel 2020, nonostante le difficoltà legate alla pandemia e al lock down, che ha determinato la sospensione dei corsi e dei tirocini, sono stati valutati dall'equipe multidisciplinare, ai fini dell'inserimento ai percorsi di acquisizione di competenza, 69 richiedenti o titolari di protezione internazionale, 41 dei quali uomini e 28 donne.



Dei destinatari individuati e valutati dall'équipe del progetto FARI 2 il 63% è titolare dello status di rifugiato, il 32% è titolare di protezione sussidiaria e il 5% richiedente protezione internazionale.



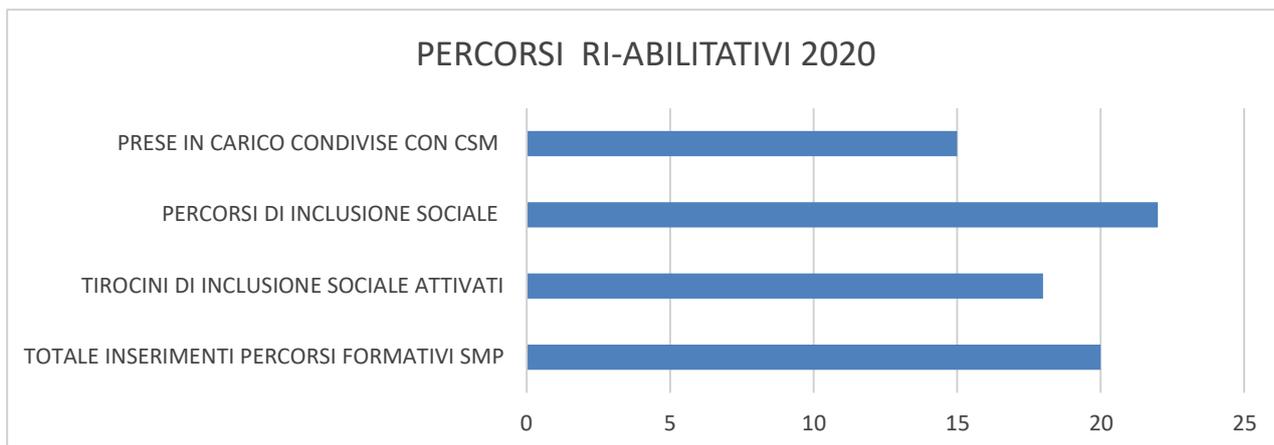
Sono 21 i paesi di provenienza dei destinatari delle attività, tutti provengono dall' Africa e dal Medio Oriente. I primi 5 paesi sono Nigeria, Senegal, Eritrea, Turchia, Afghanistan.



Più di 2/3 sono stati ritenuti idonei, presi in carico e inclusi nelle attività. Tra i criteri di selezione includiamo la motivazione e possibilità logistica e organizzativa ad intraprendere uno specifico corso abilitativo, un livello sufficiente di italiano, nonché disponibilità e collaborazione da parte dei centri di accoglienza di supportare la progettualità del percorso di inclusione e autonomia.

Tra i destinatari presi in carico 20 sono stati inseriti nei percorsi di conseguimento di specifiche competenze 6 nelle attività di alta sartoria, 4 di cucina e ristorazione, 4 di agricoltura sociale e 6 di manutenzione del verde. Sono stati inoltre attivati 18 tirocini di inclusione sociale presso aziende del territorio.

Sono state effettuate 75 azioni di presa in carico nel campo delle attività di riabilitazione psichiatrica che comprendono: 22 percorsi di inclusione sociale (percorsi formativi e di inserimento lavorativo avviati nel 2019 e proseguiti nel 2020), 20 inserimenti in percorsi di acquisizione di specifiche competenze, l'attivazione di 18 tirocini di formazione prelaborativa e 15 attività di presa in carico condivise con il CSM. Le prese in carico condivise con il CSM riguardano per la maggior parte progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati avviati nel tempo con il primo progetto FARI per pazienti anche autori di reato, e che richiedono trattamenti di lunga durata.



Nell'ambito del progetto **DestinazioneComune**, la UOSD Centro SaMiFo ha il compito di individuare almeno 5 titolari di protezione internazionale, in condizione di vulnerabilità psicosociale, in uscita dal circuito di accoglienza o usciti da non più di 18 mesi, da inserire in un progetto di accoglienza volontaria presso famiglie, azione condivisa con Refugees Welcome, partner di progetto.

Nel 2020 è stato inserito in famiglia un rifugiato individuato tra i destinatari nelle attività di alta sartoria, uscito dal sistema di accoglienza ad agosto 2020. Il percorso formativo si è concluso a dicembre 2020 e a seguire a partire da gennaio 2021 è stato attivato un tirocinio di inclusione sociale presso l'associazione Coloriage, della durata di 5 mesi, con un compenso di 500i euro per 25 ore settimanali.

Il progetto **PSIC - Percorsi Sociosanitari Integrati Comunitari** - ehe prevede, tra le varie attività, ~~anche~~ la realizzazione di un polo riabilitativo cittadino sovra territoriale gestito dalla ASL Roma 1 attraverso il SaMiFo e rivolto a cittadini con disagio mentale, regolarmente presenti sul territorio nazionale e provenienti da Paesi Terzi. Ad oggi è stata identificata la struttura idonea agli scopi del progetto, assegnata con atto deliberativo, e sono state avviate le pratiche per la sua ristrutturazione e arredamento. Si prevede l'integrazione e il rafforzamento delle attività già in essere nei progetti FARI 2 e Destinazione Comune. Inoltre è previsto di ampliare le attività anche in ambito artistico e culturale e multimediale. Il SaMiFo non è solo un centro che fornisce assistenza socio sanitaria integrata e qualificata, ma anche un luogo generatore di una nuova conoscenza, sia perché adegua pratiche medico-sanitarie alle esigenze di popolazioni di differenti culture, sia perché stimola risposte a problematiche nuove, coinvolgendo altri campi e saperi quali il mondo artistico e culturale e altre discipline.

Per tale ragione l'obiettivo generale è la realizzazione di un luogo dove si incrocino linguaggi, competenze tecniche, arti, culture, e dove si incontrino persone con esperienze di esclusione e di traumi ~~sociali~~ connessi sia a diversi stigma sociali che alle migrazioni forzate, con lo scopo di sostenere un nuovo inserimento sociale di persone troppo spesso "confinare" negli specifici settori d'intervento dei relativi servizi o escluse dal mondo formativo e produttivo.

Nel Polo Cittadino di Corso Vittorio sono in programma:

- la vetrina Openspace: un luogo di esposizione temporanea e gratuita di prodotti artistico-culturali realizzati da cittadini provenienti da paesi terzi nelle strutture riabilitative delle ASL (Centri Diurni DSM e Disabili Adulti), nelle strutture risocializzanti della società civile o in laboratori sperimentali (case circondariali, scuole, ecc). L'obiettivo è di favorire la visibilità di artisti e dei loro prodotti, spesso confinati nei luoghi di assistenza, in spazi altamente visibili in quanto situati nel centro storico di Roma in una delle vie più frequentate da pellegrini, turisti e cittadini romani.
- l'attivazione di laboratori formativi di multimedialità, comunicazione, web, grafica, piattaforme streaming, in collaborazione con "Lo Spiraglio" Film Festival della Salute Mentale. I molteplici linguaggi della nuova comunicazione digitale utilizzano le competenze che nell'industria cinematografica vengono

studiati e testati. Per questo la formazione in questi campi richiede, oltre a competenze tecniche, una capacità di interpretare il messaggio, leggere il linguaggio filmico, utilizzare stili grafici moderni, capaci di integrare le arti visive, fotografiche, pittoriche. La redazione del Film Festival della Salute Mentale ha sviluppato, in oltre dieci anni di esperienza, uno stile comunicativo ed una specifica competenza del team che lavora all'organizzazione del festival. Si tratta di formatori preparati, di utenti capaci, di volontari e di esperti di cinema che hanno all'attivo numerosi prodotti: audiovisivi, spot, video-sigle, siti web, brochure, depliant, pubblicazioni. Inoltre, attraverso il tutoraggio di operatori sanitari specializzati, in particolare i tecnici della riabilitazione psichiatrica, sono stati trasmessi a tutto il team quegli strumenti di attenzione alla persona, cura e capacità di utilizzare le risorse che sono strumenti essenziali per potere ottenere risultati anche nella formazione di utenti "vulnerabili". Lo Spiraglio ha rappresentato in questi anni una vetrina sulle qualità nascoste presenti nel mondo della salute mentale. In questo senso potrebbe svolgere una funzione di selezione di opere particolarmente significative organizzando delle mostre personali e delle installazioni artistiche dialogando con le migliori realtà riabilitative ed artistiche italiane rappresentate dalle organizzazioni della società civile o da servizi pubblici. In queste occasioni gli utenti/pazienti potrebbero esercitare attivamente le conoscenze acquisite nell'organizzazione di eventi e nella gestione dei supporti digitali collegati.

La costruzione di “ponti e reti efficaci tra un mondo produttivo e creativo per lo più nascosto, che si sviluppa nei centri di accoglienza e riabilitazione, nei progetti di risocializzazione, nei laboratori integrati delle istituzioni pubbliche e del privato sociale, e il mondo della cultura, dell’arte e dei media, aperto alla cittadinanza” può favorire la crescita individuale e della collettività. (Ministero della Salute – Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale – Roma, 22 Marzo 2017).

Il lavoro del Servizio sociale - SAMIFO 2020.

Il ruolo del Servizio sociale professionale all'interno della UOSD centro Samifo agisce nel dare risposte ai bisogni complessi dell'utenza e a rafforzare la rete dei servizi in un'ottica di integrazione socio-sanitaria.

L'agire sociale tiene conto di due elementi specifici quali:

1. la complessità legata alla condizione di fragilità sociale, psicologica ed economica degli utenti che si rivolgono al centro;
2. la presenza di una rete di sostegno sul territorio, attivata dagli operatori del centro con tutti gli enti di tutela dei diritti dei rifugiati, per favorirne la graduale autonomia e integrazione.

La metodologia del servizio sociale consiste nella programmazione degli interventi complessi, multidimensionali e intersettoriali attraverso percorsi individualizzati che si realizzano mediante il coordinamento di una rete interna al servizio.

Tipologie di intervento.

Gli interventi dell'assistente sociale nel centro Samifo si concretizzano, mediante un lavoro trasversale socio-sanitario, prevalentemente su tre macro aree:

- *Accoglienza e orientamento ai servizi*
- *Area salute mentale*
- *Area consultoriale*

Accoglienza e orientamento ai servizi.

Generalmente quest'area rappresenta il primo contatto con l'utenza e si implementa con:

- Accoglienza telefonica o de visu (ascolto della richiesta, analisi della domanda e individuazione del bisogno manifesto e latente);
- Informazione ed orientamento sui servizi presenti nel territorio cittadino, provinciale e regionale, dove sono ubicati i nostri assistiti.
- Ricerca ed attivazione delle risorse adeguate;
- Accompagnamento dell'utenza per favorire l'accesso ai servizi, nei casi in cui si valuta la necessità, nel rispetto dell'autodeterminazione della persona;
- Sostegno nella compilazione della modulistica per l'accesso ai servizi, consegna ed invio tramite mail della documentazione, con utilizzo dello strumento della mail aziendale;
- Proposta, ricerca, indirizzo ed accompagnamento, principalmente via telefono, per il collocamento nei dormitori tramite SOS, Ufficio Immigrazione e privati del terzo settore, nonché enti di carattere religioso, dell'utenza che si trova priva di una dimora.
- Ricerca e formulazione delle mappe dei servizi e delle risorse a carattere sociale e socio-sanitario della realtà territoriale in cui si opera.
- Lavoro di rete con i vari servizi, pubblici e privati, presenti sul territorio.
- Invio e lavoro in rete con i servizi legali e di volontariato del Centro Astalli (e altri enti) principalmente per questioni legate ai Permessi di Soggiorno, aiuti economici e ricerca ed orientamento al lavoro.

Le attività sopra elencate riguardano nello specifico diverse tipologie di interventi:

1. Interventi di Previdenza Sociale (Inps, Caf e Patronato, assistenza legale);
2. Lavoro di rete con i vari servizi sanitari ed invio in base alle problematiche riscontrate;

3. Lavoro di rete con i servizi sociali dei Municipi di Roma Capitale e vari Comuni del Lazio per l'Iscrizione anagrafica e la richiesta di nuove residenze (specialmente quella fittizia) ed eventuale presa in carico da parte dell'Ente Locale degli utenti;
4. Lavoro di rete con la Sala Operativa Sociale (SOS) e l'Ufficio Immigrazione;
5. Richiesta e rinnovo della Tessera Sanitaria, Iscrizione al MMG, PDL ed eventuali esenzioni;
6. Tessere ed abbonamento della mobilità locale ATAC;
7. Invio ai servizi territoriali dedicati alla ricerca ed orientamento al lavoro;
8. Informazione e orientamento ed invio per la frequentazione dei corsi di lingua italiana;
9. Informazione ed eventuale invio degli utenti ai corsi di formazione professionale interni e coordinati dal Centro Samifo ed esterni al servizio;
10. Lavoro di rete con il Centro di orientamento al lavoro e il Centro per l'impiego;
11. Orientamento, invio ed eventuale accompagnamento per la domanda di alloggio popolare e altre domande affini (tipo CAAT) presso il Dipartimento delle Politiche Abitative di Roma Capitale;
12. Lavoro di rete con le varie associazioni per l'inserimento degli utenti nei progetti di prima accoglienza e semi-autonomia rivolti ai richiedenti asilo e rifugiati;

Area salute mentale.

L'area della salute mentale riguarda la presa in carico, l'accompagnamento ed il sostegno di donne e di uomini seguiti all'interno del Centro e/o inviati ai servizi territoriali competenti (CSM).

Il lavoro sociale si confronta, in un'ottica di rete, con i vari servizi ed agisce nel seguire i vari percorsi individualizzati ed agevolare le pratiche di vario titolo degli assistiti che altrimenti non potrebbero sbrigare da soli.

Area consultoriale.

Il servizio sociale agisce in stretto collegamento con l'area sanitaria, ostetrica, ginecologica, infermieristica, psicologica e psichiatrica del Centro Samifo nel sostegno e nella cura di interventi che rispondono alla domanda di supporto e presa in carico della donna, della coppia e della famiglia nelle diverse fasi del ciclo della vita. Nello specifico si svolgono: colloqui d'informazione sulle agevolazioni economiche per donne in gravidanza (es. bonus Bebè), maternità responsabile, sostegno al nucleo familiare, esenzioni, colloqui di sostegno per l'individuazione di disagi legati alla nuova condizione di genitori ed eventuale invio ad un percorso psicologico se ritenuto necessario, colloqui di interruzione della gravidanza (IVG), invio ai servizi associativi del territorio per sostegni materiali (salva mamme, Caritas e associazioni varie), informazione ed orientamento per la prevenzione e promozione della salute della donna tramite la sensibilizzazione sull'importanza delle visite di controllo ginecologico e del programma screening.

EMERGENZA COVID 19

Durante l'emergenza Covid 19 sono state attivate nell'area sociale delle misure volte a permettere all'utenza di accedere alle varie forme di supporto assistenziale e socio-sanitario che lo Stato ha attivato in via eccezionale. Nello specifico, soprattutto nel periodo di lockdown, si è svolto un lavoro telefonico per il sostegno a distanza dell'utenza più fragile e l'attivazione a loro favore di pacchi alimentari gestiti dai vari Municipi e/o Comuni, ed enti associativi sul territorio. Durante i giorni in presenza, tramite appuntamenti scaglionati, si è potuto sostenere

l'utenza nella compilazione e nell'invio tramite mail delle varie domande per l'accesso alle misure di sostegno adottate dall'ente locale, quali: contributi economici, bonus spesa e bonus affitto, reddito di emergenza, ecc.....

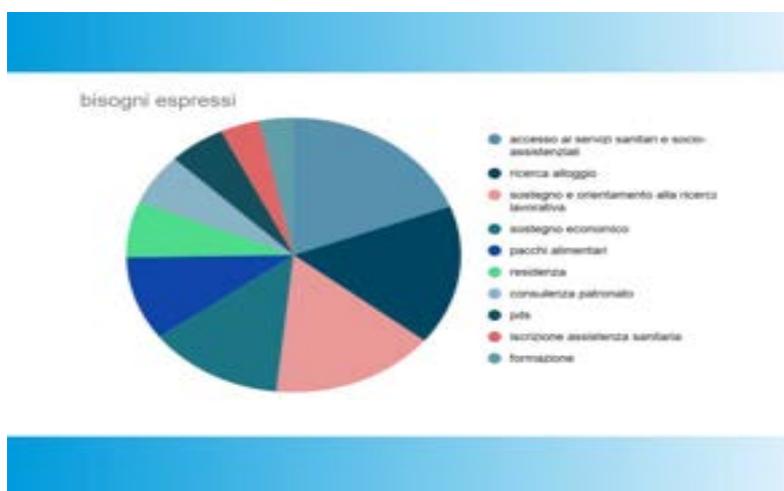
Gli Strumenti utilizzati per il lavoro quotidiano sono le scheda di accoglienza, di valutazione e il diario sociale; la modulistica specifica per tipologia di intervento, i personal computer, email aziendale, cellulare e telefono del servizio;

Principali servizi esterni di riferimento.

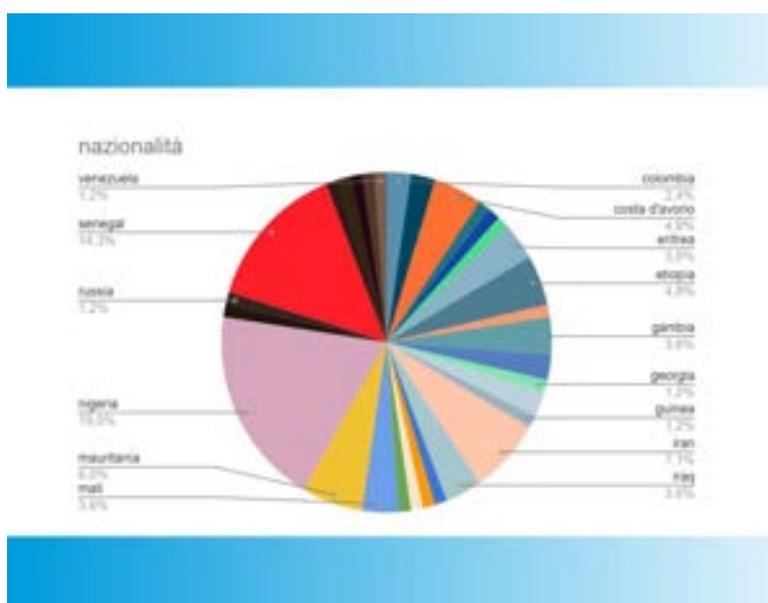
Asl Roma 1, Centro Astalli, Municipi di Roma Capitale, Servizi socio-sanitari (PUA), Case della salute; Consultori familiari, CSM, Centri Vaccinazioni, INMP, Aziende Ospedaliere, Caritas, INPS, Centri per l'Impiego, Caf e Patronato, Associazioni operanti sul territorio.

Le persone raggiunte e prese in carico nel 2020 sono state 102, mentre gli accessi 270

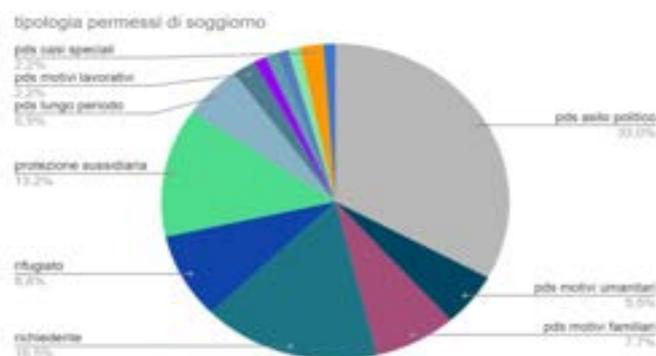
Distribuzione per tipologia di richieste prevalenti



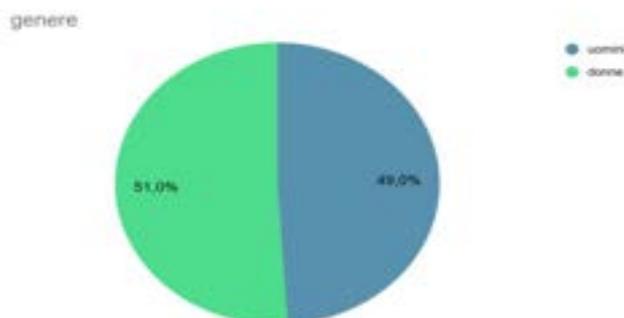
Distribuzione per principali paesi di provenienza



Distribuzione per tipologia di permesso di soggiorno



Distribuzione per genere



Conclusioni

La tutela della salute individuale e collettiva non è solo compito della medicina che non possiede il monopolio sulla "sanità", sulle azioni da realizzare e sulle risorse da mettere in campo. E' oramai chiaro a tutti che solo un'azione intersettoriale può inserirsi nel progetto globale di aiuto a una persona e al suo nucleo familiare. Così l'integrazione socio-sanitaria e la sua gestione è stata disciplinata dal D.lgs 229/1999 e dalla legge n. 328/2000, nonché dagli atti di indirizzo successivi (D.P.C.M. del 14/02/2001 e del 29/11/2001) e si caratterizza per livelli:

1. *l'integrazione istituzionale* nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni locali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute;

2. *l'integrazione gestionale* si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
3. *l'integrazione professionale* è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

Con il D.P.C.M. del 14/02/2001 si individuano le caratteristiche che vanno a definire la natura delle prestazioni:

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale (art. 3, c.1). La competenza è delle AA.SS.LL. e il carico finanziario è attribuito alle stesse.

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute (art. 3, c. 2). La competenza è in capo ai comuni ed è prevista la compartecipazione finanziaria dei beneficiari.

Prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria

Sono le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza *terapeutica e intensità della componente sanitaria*. Tali prestazioni, in particolare, sono attribuite alla *fase post-acuta* e sono caratterizzate dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla *indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali* sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza" (art. 3, c. 3). Queste prestazioni rientrano nei livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29/11/2001) e sono a carico del fondo sanitario nazionale. Esse attengono le seguenti aree: materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

La UOSD Centro SAMIFO sin dalla sua nascita ha individuato e declinato le condizioni necessarie per l'attuazione dell'integrazione professionale al suo interno prevedendo:

- la presenza di equipe multiprofessionali, transculturali e intersettoriali;
- la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologia d'intervento;
- la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato;
- la collaborazione tra strutture di accoglienza e territoriali
- la presenza di mediatori linguistico-culturali all'interno del servizio e delle equipe.



Progetto ICARE - Integration and Community for Asylum and Refugees in Emergency

Capofila: Regione Emilia Romagna, Project manager Rosa Costantino

Partner: Regione Lazio, Regione Toscana, Regione Sicilia

Regione Lazio: responsabile Giancarlo Santone, referente amministrativa Mirella Peracchi.

Finanziamento: € 9.000.000 a valere sui fondi HOME/2017/AMIF/AG/AMAS/0075

Durata: Triennale 2019-2022 (inizio 01/2019, conclusione 02/2022)

Destinatari diretti: saranno tutti i richiedenti e titolari di protezione internazionale e casi speciali regolarmente presenti sul territorio nazionale.

Destinatari indiretti: professionisti sociali e sanitari delle ASL, ASP, Enti locali, organizzazioni della società civile, del Progetto.

Partner regionali: ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Roma 4, ASL Roma 6, ASL Viterbo, ASL Frosinone, ASL Latina.

Segreteria tecnico-scientifica: gestita dalla Deloitte Consulting, vincitrice di procedura pubblica.

Servizio di Mediazione linguistico-culturale: gestito dall' Authentic Enterprise Solutions (AES) Srl, vincitrice di procedura pubblica.

Attività formative rivolte a operatori: realizzate dall'Accademia Eraclitea vincitrice di procedura pubblica.

Le attività laboratoriali: affidate a Sport Senza Frontiere e a Sanità di Frontiera.

Descrizione

Il progetto nasce con l'obiettivo di **migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Internazionale e Casi Speciali**, assicurando una risposta ai bisogni di salute il più possibile omogenea e di sistema. Il costante flusso migratorio degli ultimi anni, ha **attivato numerosi progetti**, soprattutto a livello delle singole regioni, che sono stati focalizzati sulla fase emergenziale sanitaria e sociosanitaria immediatamente successiva allo sbarco, mettendo in campo le dovute **azioni in emergenza** e rispondendo così alle necessità del momento e dei giorni immediatamente successivi agli arrivi.

ICARE vuole invece porre l'attenzione sulle fasi successive del processo migratorio, **agendo sulla situazione emergenziale rappresentata dalla seconda accoglienza**, nelle diverse località di destinazione dei Titolari o Richiedenti Protezione Internazionale (RTPI).

È un progetto europeo, promosso dalla Regione Emilia Romagna, in collaborazione con la Regione Lazio, Sicilia e Toscana, cofinanziato dalla Direzione Generale Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency HOME/2017/AMIF/AG/EMAS/0075.

Obiettivi:

- Migliorare la fase di accesso nei servizi sanitari territoriali, predisponendo interventi multidisciplinari che tengano conto delle best practice attuate nelle Regioni.

- Garantire lo sviluppo degli interventi trasversali e il monitoraggio delle attività progettuali nelle Regioni coinvolte, assicurando una risposta il più possibile omogenea e di sistema che possa diventare modello nazionale, mettendo a sistema processi organizzativi di accesso e cura, tempestivi e specifici, rivolti ai titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità sanitaria (RTPI).
- Creare percorsi multidisciplinari ad hoc per rispondere in modo appropriato e tempestivo ai diversi bisogni di salute di richiedenti e titolari di protezione internazionale.
- Sviluppare strumenti digitali per la raccolta dati sanitari del RTPI dall'arrivo in poi, per assicurare la continuità delle cure erogate dal SSN nei diversi passaggi del processo di accoglienza, e per la registrazione delle attività connesse all'individuazione precoce di vulnerabilità e accertamenti sanitari, evitando così duplicazioni e spreco di risorse.
- Attivare percorsi formativi che accrescano le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo dal punto di vista sia organizzativo che professionale.
- Costituire nelle Aziende Sanitarie équipe multidisciplinari e multi professionali che erogino prestazioni sui reali bisogni della singola persona che approccia i Servizi.
- Implementare, in collaborazione con il Ministero della Salute, le “Linee Guida sui controlli sanitari sui percorsi di arrivo e protezione per i migranti nei centri di accoglienza” e le “Linee Guida sull’assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati e delle persone che sono state vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale” attraverso percorsi informativi e formativi in tutte le Regioni partecipanti in collaborazione con il Ministero della Salute.

Azioni:

- Creazione del Gruppo operativo di progetto regionale, che coordina i lavori sul territorio.
- Individuazione dei bisogni assistenziali prioritari e dell’offerta di servizi uniforme a livello nazionale da personalizzare nei contesti locali.
- Definizione ad opera del Board nazionale di strumenti informativi sui servizi sanitari per RTPI&SC.
- Progettazione condivisa ad opera del Board nazionale della formazione specifica per operatori sanitari, mediatori linguistico culturali e operatori del sociale e del Terzo settore.
- Progettazione di Workshop informativi e formativi su tematiche specifiche per il confronto tra operatori Stakeholder.
- Definizione di un set minimo di dati sanitari e sociali e di indicatori da raccogliere e gestione informatizzata dei dati sanitari e sociali della popolazione target.
- Diffusione dei risultati del progetto.

La Regione Lazio, con nota n. U0317873 del 30 maggio 2018, già investito del ruolo di coordinatore regionale del progetto il Dott. Giancarlo Santone, vista la pluriennale esperienza nell’ambito dell’assistenza, cura e riabilitazione dei richiedenti e titolari protezione internazionale, nonché del ruolo che svolge all’interno della ASL Roma1 in qualità di Direttore della UOSD Centro SAMIFO e già responsabile del progetto FARI a valere sul FAMI (*cf.* Del. C.S. n. 905 del 21/10/2016). La Giunta Regionale, con Deliberazione di n° 11 del 15 gennaio 2019 ha provveduto al conferimento di delega formale al Direttore Generale della Asl Roma 1 per l’adozione di tutti gli atti necessari relativi all’attuazione del progetto “Integration and Community care for Asylum and Refugees in Emergency (I.C.A.R.E.).

Le attività di progetto coinvolgono tutte le ASL partner. Per quanto riguarda la ASL Roma 1, si è proceduti, in accordo con la Direzioni Centrali Aziendali, all’assunzione di professioniste inserite nei servizi dei 6 distretti, in

particolare nei consultori familiari, nei centri vaccinali e nel TSMREE. Sono stati assistiti 827 destinatari di progetto, 302 donne, 183 uomini e 342 minori.

Sono state effettuate, dall'inizio delle attività progettuali fino al 31.12.2020, 883 visite di medicina di base, 442 visite di psichiatriche/psicologiche, 350 vaccinazioni, 362 accertamenti medici, 63 fra visite ortopediche e medico-legali, 277 prestazioni sociali. Il numero delle persone maggiorenni che ha usufruito del servizio di salute mentale nel 2020 è 91, con una percentuale del 19% sul totale degli adulti presi in carico. Per quanto riguarda il settore della ginecologia sono state assistite 122 donne in stato di gravidanza e effettuate 289 visite, mentre le donne maggiorenni che hanno usufruito del servizio di ginecologia è stato 147, con una percentuale del 49% sul totale delle donne assistite. Molte sono state abusate nel proprio paese e/o in quelli di transito durante il percorso migratorio, altre sono vittime di tratta e di mutilazioni dei genitali - MGF. Le donne raggiunte e assistite durante il 2020 che hanno subito MGF sono state 10, di cui 5 provenienti dalla Nigeria, 2 dalla Somalia, 1 dalla Sierra Leone, 1 dal Senegal e 1 dal Sudan.

La maggior parte dei destinatari delle attività è in possesso di un permesso di soggiorno con protezione Internazionale (asilo o protezione sussidiaria) o come richiedente asilo, seguiti da persone con permessi complementari (casi speciali). Il 97 % dei raggiunti risulta essere iscritto al SSR. La maggior parte dei destinatari, oltre il 95%, è stata intercettata dalla ASL Roma 1.

Descrizione delle attività di pertinenza della Regione Lazio

- Costituzione del Gruppo operativo di progetto regionale, che coordina i lavori sul territorio in coerenza con le linee di indirizzo definite dal Board nazionale e pianificazione e condivisione degli obiettivi del progetto e delle attività con i referenti di ciascuna ASL aderente e gli enti di tutela territoriali. Le 7 ASL partner hanno individuato i referenti scientifici e amministrativi e costituito un gruppo di lavoro aziendale con personale dipendente e a progetto.
- Intercettazione precoce della vulnerabilità psicosanitaria di RTPI&SC, valutazione, invio e/o accompagnamento ai servizi territoriali competenti. L'obiettivo di 250 RTPI&SC intercettati è stato ampiamente raggiunto dalla sola ASL Roma 1.
- Supporto alle ASL per garantire l'accesso tempestivo e appropriato alle cure di RTPI&SC con grave vulnerabilità psico-sanitaria perché vittime di traumi estremi nel paese di origine o in quelli di transito, con la costituzione di équipe multidisciplinari. Le 7 ASL partner hanno costituito un gruppo di lavoro aziendale/equipe multidisciplinare con personale dipendente e a progetto, raggiungendo l'obiettivo di progetto)
- Accoglienza, valutazione e presa in carico tempestiva e continuativa nei servizi territoriali, nel SAMIFO, nei consultori familiari e nel DSM con particolare attenzione a donne RTPI&SC vittime di abusi sessuali e di gravi violazioni dei diritti umani. Anche in questo caso l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto dalla sola ASL Roma 1.
- Definizione di percorsi assistenziali per la tutela della salute dei minori stranieri non comunitari anche MSNA per il corretto e precoce inquadramento diagnostico e presa in carico. L'equipe multidisciplinare è stata formata presso la ASL Roma 1 raggiungendo gli obiettivi previsti.
- Gestione ed erogazione del servizio di mediazione linguistico-culturale. Tale attività è stata gestita totalmente dalla ASL Roma 1 supportando tutti i servizi sanitari coinvolti a livello regionale.
- Personalizzazione, stampa e diffusione della Guida ai Servizi in italiano facilitato per stranieri.
- Nuovi strumenti informativi per contrastare Covid 19 produzione di video e gadget per la diffusione delle attività del progetto.
- Formazione e implementazione delle:
 1. "Linee Guida sui controlli sanitari sui percorsi di arrivo e protezione per i migranti nei centri di accoglienza"
 2. "Linee Guida sull'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati e delle persone che sono state vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale, inclusi specifici programmi di formazione e corsi di aggiornamento per il personale sanitario"

3. valutazione e gestione delle manifestazioni cliniche del disturbo da stress post-traumatico - come supportare le donne che hanno subito violenza nella vita quotidiana e nel processo di integrazione”
4. la prevenzione e la gestione della traumatizzazione vicaria e del burn out nei negli operatori di assistenza
5. percorsi formativi di specializzazione in salute, rivolti ai mediatori linguistico culturali impegnati nei servizi assistenziali, nel rispetto della disposizione regionale

Alla luce dei DPCM di fase emergenziale le attività sono state ripianificate in forma di webinar in modalità asincrona o sincrona.

Indicatori di risultato da raggiungere entro la fine delle attività progettuali

- Sviluppo di specifiche modalità di collegamento fra i servizi sanitari territoriali e ospedalieri per la presa in carico di RTPI&SC affetti da gravi patologie fisiche e psichiche Implementation of Mental Health Care, Forensic Medicine certification and Minors paths. Documenti per dare evidenza di protocolli e/o procedure.
- Attivazione o implementazione di appropriati percorsi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alle cure primarie, alla salute mentale e all’attività consultoriale Numero di RTPI&SC con assegnato MMG >70%; dei raggiunti (circa 210) numero di RTPI&SC assistiti da consultori familiari >60%; delle raggiunte (circa 60) numero di RTPI&SC, uomini / donne assistiti da servizi di salute mentale (30% dei raggiunti circa 90)
- Miglioramento dello stato di salute dei titolari e/o richiedenti di protezione internazionale presi in carico Numero di RTPI&SC dimessi o migliorati/ a fine progetto su totale presi in carico 40%
- Prevenzione o riduzione dei rischi di traumatizzazione vicaria e/o di burn out; N° operatori sociosanitari formati del servizio pubblico e del terzo settore: 100
- Miglioramento dell’identificazione delle condizioni di vulnerabilità attraverso la formazione specifica dei professionisti sociosanitari dedicati. N° operatori sociosanitari formati del servizio pubblico e del terzo settore: 100
- Miglioramento dell’accoglienza e dell’accesso ai servizi territoriali attraverso la formazione degli operatori e dei mediatori linguistico culturali. N° mediatori linguistico culturali formati 70 % dei MLC di progetto
- Miglioramento della presa in carico integrata attraverso la formazione specifica dei professionisti sanitari dedicati. N° operatori sanitari formati:100
- Numero di minori stranieri non comunitari anche non accompagnati raggiunti e valutati con PAC – Prestazioni Ambulatoriali Complesse Numero di di RTPI&SC, minori raggiunti da servizi consultoriali o presso TSMRRE per screening/valutazione/presa in carico (Atteso: 50)
- N° migranti raggiunti dai servizi sanitari per attività covid correlate anche tramite mezzi mobili a domicilio ≥ 1000
- Acquisto di camper, attrezzato con ecografi portatili e frigoriferi a norma per il trasposto di farmaci etc, per attività sanitarie.
- Acquisto di materiale
- Realizzazione di 4 cortometraggi

I gruppi di lavoro aziendali, composto da personale interno e personale di progetto, professionisti nei vari settori ha definito e redatto i percorsi assistenziali riguardanti la salute mentale, la certificazione medico legale e i minori nati a rischio.

Le attività formative di competenza della Regione Lazio previste nel progetto ICARE

La proposta formativa di ICARE, mira a fornire conoscenze, strumenti e chiavi di lettura per una migliore relazione con l’utenza migrante, attraverso l’attivazione di percorsi formativi che accrescano le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell’associazionismo dal punto di vista sia organizzativo

Obiettivi Formativi

- Incrementare le conoscenze e competenze professionali degli operatori nella relazione con la “diversità”, nell’ambito della salute dei migranti.
- Favorire lo sviluppo di strategie di comunicazione tra i servizi sanitari e tra i servizi e l'esterno.
- Facilitare l’accesso alle cure e all’assistenza sanitaria territoriale per la popolazione target, con particolare attenzione a donne, minori e soggetti vulnerabili.
- Sostenere il pieno ed efficace coinvolgimento di operatori e mediatori culturali, nell’adeguata assistenza della popolazione target.

A seguire le attività formative progettate e realizzate, nell'ambito e per il progetto ICARE.

1. Percorso formativo a distanza in modalità asincrona della durata di 6 ore, avente ad oggetto “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per migranti ospiti nei centri di accoglienza”: al 31.12.2020 partecipanti effettivi **n. 66** su 226 iscritti in piattaforma.
2. Percorso formativo a distanza in modalità asincrona della durata di 6 ore, avente ad oggetto “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: al 31.12.2020 partecipanti effettivi **n. 25** su 218 iscritti in piattaforma.
3. Percorso formativo a distanza in modalità asincrona della durata di 6 ore, avente oggetto “le manifestazioni cliniche dei disturbi da stress posttraumatico”: al 31.12.2020 partecipanti effettivi **n. 34** su 216 iscritti in piattaforma.
4. Percorso formativo a distanza in modalità sincrona della durata di 6 ore, “Percorso formativo di specializzazione nell’ambito del settore sanitario, riservata ai “mediatori linguistico culturali” che hanno acquisito la relativa qualifica secondo quanto stabilito nell’Allegato 1 del DGR n. 321 del 24/04/2008 della Regione Lazio, comportanti l’acquisizione della specializzazione in ambito sanitario di cui alla medesima DGR 321/2008, di 200 ore (102 ore teoria + 98 tirocinio)”: partecipanti effettivi **n. 24** su 34 iscritti.

I discenti hanno completato la parte teorica del percorso formativo pari a n. 102 ore erogate in modalità FAD sincrona (aula virtuale su Zoom) e superato i test di apprendimento. Gli stessi hanno iniziato il periodo formativo inerente al tirocinio che si svolgerà dal 01/02/2021 al 30/04/2021 sotto copertura assicurativa a nostro carico.

Le iscrizioni ai primi n. 3 percorsi rimarranno aperte fino a nuovi accordi con il responsabile scientifico del progetto Dott. Giancarlo Santone ed i corsi dovranno essere terminati entro i termini previsti da capitolato (stipula del contratto in data 09/03/2020 con validità per n. 18 mesi).

Altre attività:

- Proseguono le attività del laboratorio “Sport di prima accoglienza”, di atletica leggera e di calcetto, che utilizza la pratica sportiva come strumento riabilitativo finalizzato ad inserire i destinatari in un percorso di integrazione, con il supporto di operatori qualificati. Con la collaborazione dell’associazione Sport Senza Frontiere.
- Proseguono le attività COVID correlate per la sorveglianza e lo screening di RTPI ospiti in CA, attività integrata con SISP e MMG. Continua l’alfabetizzazione sulle misure per ridurre il rischio di trasmissione del Coronavirus, rivolta a tutti i RTPI raggiunti.
- Continua la diffusione della guida ai servizi in Italiano facilitato, del materiale di alfabetizzazione sanitaria, incluso nel DRG 590/2018 tradotto e stampato in 13 lingue. Continua la distribuzione della brochure del SaMiFo in 13 lingue, nelle fasi di accoglienza e assistenza. Tutto il materiale contiene i loghi del progetto. Sintetizzate e tradotte esposte e consegnate le disposizioni in materia di COVID19.



Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020

Progetto "FARI 2– Formare Assistere Riabilitare Inserire"

Obiettivo Specifico: 1.Asilo – Obiettivo Nazionale: ON 1 - Accoglienza/Asilo - lett. c - Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza - Tutela della salute

PROG-1797 - CUP J81G18000230005

Capofila: ASL Roma 1, Project manager Giancarlo Santone

Partner pubblici: ASL Roma 2, ASL Roma 4, ASL Roma 6, ASL Rieti, ASL Frosinone, ASL Latina.

Finanziamento: € 3.455.417,80

Durata: Triennale 2019-2022 (inizio 01/2019, conclusione 06/2022)

Destinatari diretti: saranno tutti i richiedenti e titolari di protezione internazionale e casi speciali regolarmente presenti sul territorio nazionale.

Destinatari indiretti: professionisti sociali e sanitari delle ASL, ASP, Enti locali, organizzazioni della società civile, del Progetto.

Altri partner regionali:

Assistenza e presa in carico di destinatari di progetto: **Associazione Centro Astalli;**

Segreteria tecnico-scientifica: **Programma Integra;**

Servizio di Mediazione linguistico-culturale: **Authentic Enterprise Solutions;**

Ricerca sull'offerta dei servizi sociosanitari del territorio laziale: **CeSPI;**

Ricerca sulla domanda di salute dei RTPI: **Cittadinanzaattiva;**

Percorsi di acquisizione di specifiche competenze in Cucina/ristorazione: **A tavola con lo chef;**

Percorsi di acquisizione di specifiche competenze in Alta sartoria, design e abiti su misura: **Accademia di Moda Maiani Maria;**

Percorsi di acquisizione di specifiche competenze in agricoltura sociale: **Parsec Agricoltura;**

Percorsi di acquisizione di specifiche competenze in manutenzione del verde: **E-green.**

Il Progetto ha avuto inizio in data 01/01/2019 e il termine, inizialmente previsto, del 31/12/2021 è stato prorogato al 30 giugno 2022. Come indicatore complessivo tra le sette ASL il progetto prevede l'individuazione di 2500 destinatari dei servizi tra RTPI e minori, la presa in carico di 1750 persone vulnerabili, la presa in carico di 100 minori stranieri vulnerabili, l'erogazione di 5250 prestazioni sociosanitarie per RTPI e minori.

Attualmente l'andamento generale del progetto è assolutamente in linea con gli indicatori su esposti, poiché al 31 dicembre 2020 sono stati raggiunti in totale 1959 RTPI e minori, dei quali sono stati presi in carico 1392. I minori presi in carico sono 76, le prestazioni sociosanitarie effettuate 4746.

ATTIVITÀ del progetto FARI 2 nella ASL Roma 1

La ASL Roma 1 effettua, parallelamente e in collaborazione con gli altri partner del Progetto FARI 2, l'individuazione e la presa in carico dei destinatari in condizione di vulnerabilità, dal punto di vista socio-sanitario attraverso diverse attività: clinica (per adulti e minori), alfabetizzazione sanitaria, formazione, tirocini.

Nello specifico le suddette attività della ASL Roma 1 si svolgono nei seguenti presidi:

1. SAMIFO - attività di individuazione/emersione precoce, presa in carico di RTPI adulti vulnerabili, orientamento ai servizi, alfabetizzazione sanitaria.
2. Padiglione 16 del Santa Maria della Pietà – Attività clinica (TSMREE) per minori stranieri anche non RTPI
3. Padiglione 16 del Santa Maria della Pietà – Formazione e/o tirocini per RTPI in alta sartoria, ristorazione, agricoltura sociale, manutenzione del verde.

Il lavoro del SAMIFO e l'importanza dell'interdisciplinarietà

L'attività clinica del progetto Fari 2 nella ASL Roma 1 è svolta principalmente presso il Centro Samifo che, anche durante il periodo più severo del lock-down dovuto alla pandemia Covid-19, è rimasto aperto accogliendo i bisogni di salute dei RTPI e modulando le proprie attività in ottemperanza delle norme di protezione e sicurezza e delle necessità degli assistiti sperimentando un modello di intervento adeguato anche da remoto con il supporto costante della cospicua équipe di operatori socio-sanitari e mediatori linguistico-culturali.

Il percorso nel SAMIFO si avvia tramite l'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 del Samifo e l'accompagnamento dei pazienti alle visite di:

- Medicina Generale (con eventuale richiesta di analisi di routine e ulteriori accertamenti presso altre strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private),

e invio a visite specialistiche interne al SAMIFO:

- ginecologia e ostetricia consultoriale
- certificazione medica per gli esiti di torture/violenze intenzionali,
- psichiatria,
- psicologia,
- ortopedia,
- vaccinazioni,
- servizio sociale.
- Test capillari per Sars-Cov-2 (da luglio 2020 ne sono stati effettuati circa 420)
- Tamponi rapidi per Sars-Cov-2 (da dicembre 2020)
-

Servizio di mediazione

Il SAMIFO ha un team di mediazione che negli anni si è ampliato per adeguarsi alla provenienza dei pazienti RTPI. Attualmente il team è composto da un gruppo di 18 mediatori linguistico-culturali per 23 lingue che si distribuiscono su diversi turni fissi dal lunedì al venerdì. Le lingue sono inglese, francese, spagnolo, arabo, tigrino, amarico, farsi, dhari, inglese pidgin, cinese mandarino, djoula, bambara, mandinga, hindi, pashtu, urdu, bangla, somalo, poular, wolof, turco, kurdo kurmanji, kurdo sorani. Il SAMIFO nel 2020 ha accolto due mediatori linguistico-culturali come tirocinanti del Centro Astalli. Le attività nel SAMIFO sono tutte coadiuvate dal lavoro di mediatrici e mediatori linguistico-culturali che parlano un minimo di tre lingue e che praticano la mediazione sia nella lingua madre dei pazienti che nelle lingue veicolari necessarie ad una adeguata comunicazione.

Dati relativi alle attività del SAMIFO nell'anno 2020

Il SAMIFO nell'arco dell'attività del Progetto Fari 2 su un totale generale provvisorio di 1989 pazienti adulti ha individuato 960 RTPI e ne ha presi in carico il 56%. Le persone raggiunte e prese in carico possono beneficiare di tutti i servizi sopraelencati. Oltre all'attività di assistenza amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, il personale del Centro Astalli ha ideato e gestisce il Database generale del progetto mettendo insieme i dati degli altri servizi Fari 2 nelle sette ASL aderenti e producendo i dati trimestrali utili alle attività di monitoraggio portate avanti dalla ASL Roma 1.

Nel 2020 sono stati individuati/raggiunti 960 richiedenti e titolari di protezione internazionale, destinatari diretti di progetto, il 72% uomini e il 28 % donne

Sono 51 i paesi di provenienza dei RTPI raggiunti. La Nigeria rappresenta il primo paese con il 22% seguita dal Senegal, Eritrea, Gambia, Mali e Afghanistan.

La tipologia di permesso di soggiorno in possesso dei destinatari di progetto risulta essere per il 31% asilo, 23 % protezione sussidiaria, 43 % richiedenti protezione.

L'attività rivolta a minori stranieri vulnerabili, anche non accompagnati, presso il padiglione 16 del Santa Maria della Pietà

Nell'arco del 2020 il numero totale dei minori stranieri anche non accompagnati provenienti da paesi terzi presi in carico dall'equipe multidisciplinare di progetto è arrivato a 76 su 100, che è il numero di pazienti indicatore secondo il progetto. I minori raggiunti provengono da Sud America, Africa, Asia, Nord America.

L'equipe dedicata ai minori svolge funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale. Possono rivolgersi al servizio le famiglie e i tutori di minori stranieri vulnerabili di età compresa tra 0 e 18 anni e che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Attraverso un'equipe multidisciplinare, ai pazienti sono assicurati un percorso diagnostico-valutativo e di follow-up. A coloro che presentano situazioni di handicap e/o di disturbi psichici è offerta una presa in carico globale ed integrata, del minore e della famiglia, in integrazione con i Servizi Sociali, Educativi e Scolastici.

A seguito della diffusione dell'epidemia da nuovo coronavirus e dopo l'estensione delle misure di contenimento del contagio introdotte con il DPCM del 12 marzo, non essendo più possibile continuare con l'attività ambulatoriale l'équipe "minori FARI2" ha organizzato modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte "a distanza", in moda da garantire continuità al progetto e supporto ai pazienti coinvolti nel progetto.

La neuropsichiatra infantile, ha prevalentemente lavorato sulla lista di attesa delle prime visite, prendendo contatto telefonicamente o tramite e-mail con le famiglie o con le strutture invianti (eventualmente, laddove necessario e possibile, anche con l'ausilio dei mediatori). Dopo aver ricevuto il consenso dei genitori, è stata effettuata la valutazione, tramite videochiamate Skype o WhatsApp, della richiesta, e la presenza di eventuali situazioni di urgenza e la raccolta anamnestiche relativamente allo sviluppo fisico e psicomotorio del bambino e fornire dei primi suggerimenti e/o consigli clinici in attesa di poter effettuare una visita presso l'ambulatorio con il piccolo paziente. Ciò permetterà inoltre di accorciare i tempi di intervento alla ripresa delle attività ambulatoriali.

Insieme alla logopedista e la psicologa sono state effettuate, tramite video-chiamata Skype o WhatsApp con i genitori, una restituzione della valutazione effettuata su un minore prima della chiusura dell'attività ambulatoriale, fornendo tutti i chiarimenti necessari.

La logopedista ha proseguito, insieme con l'educatrice, il lavoro di parent training, attraverso piattaforme digitali di condivisione e messaggistica istantanea, raccolto ai pazienti con i quali era stato già avviato un percorso terapeutico e con quelli che, pur non avendo iniziato una terapia, avevano bisogno di supporto nel periodo di emergenza. Tale lavoro ha richiesto la preparazione di materiale specifico da inviare ai pazienti e alle loro famiglie. Ha effettuato, inoltre, follow up terapeutici, sempre in modalità telematica, con i pazienti con diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento, con i quali è stato possibile la somministrazione online dei test specifici, redigendo in seguito le relative relazioni cliniche. Sono stati anche effettuati, insieme con i colleghi coinvolti nei diversi casi

clinici, dei colloqui di restituzione delle valutazioni effettuate nel mese precedente, spiegando e comunicando i risultati ottenuti e l'eventuale diagnosi, concordando con i genitori il percorso da intraprendere.

Laddove necessario ci si è avvalsi del supporto comunicativo del mediatore linguistico-culturale, sempre a distanza.

La terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, con incontri avranno cadenza bi o mono settimanale a seconda delle necessità. ha proseguito il lavoro di terapia avviato fornendo supporto e dando indicazioni ai genitori attraverso parent training, utilizzando piattaforme digitali di condivisione e messaggistica istantanea, e con quelli che, pur non avendo iniziato una terapia hanno avuto bisogno di supporto.

La psicologa dell'età evolutiva ha proseguito con il lavoro di supporto psicologico di alcuni minori già presi in carico, attraverso l'uso di piattaforme digitali, in presenza, a distanza, dei mediatori culturali.. I colloqui hanno avuto cadenza settimanale seguendo lo stesso andamento che avevano in ambulatorio. E' proseguita l'attività di sostegno genitoriale per le famiglie prese in carico dal servizio e la stesura delle relazioni finali per i bambini che hanno terminato il loro percorso di valutazione.

L'educatrice ha proseguito il parent training già avviato precedentemente in collaborazione con la logopedista attraverso videochiamate e supporti digitali, avviando anche percorsi nuovi, con utenti che hanno avuto bisogno in questo periodo di difficoltà, sia di un sostegno allo studio che un supporto educativo, proponendo attività educative e ludiche sia in presenza video sia inviando materiale utile agli utenti e alle loro famiglie

Ha inoltre proseguito con la stesura delle relazioni finali per i bambini che hanno terminato il loro percorso di valutazione.

Attività di acquisizione di specifiche competenze per RTPI presso il padiglione 16 del Santa Maria della Pietà

L'arrivo della pandemia ha comportato una sospensione di alcuni mesi per le attività di formazione e tirocinio previste dal progetto. Sono stati comunque previsti e portati a termine 2 corsi in ristorazione, 2 in agricoltura sociale, 1 in manutenzione del verde e 1 in alta sartoria.

Inoltre pur rispettando le restrizioni necessarie dovute alla pandemia il numero totale dei tirocini attivati è stato incrementato e attualmente è di 19 tirocini attivati.

Tra corsi e tirocini, al 31 dicembre 2020, sono stati coinvolti nelle attività formative 30 RTPI sugli 80 previsti a fine progetto (30 giugno 2022).

Attività di ricerca nel progetto FARI 2

Un progetto così ampio e complesso richiede anche un'attività di raccolta dati ed analisi che favorisca l'incremento della capacità di risposta dei servizi territoriali per il target dei RTPI e dei minori stranieri più vulnerabili. Per questo motivo, tra le attività più rilevanti inserite in fase progettuale, ci sono due ricerche condotte da CESPI (Centro Studi di Politica Internazionale) e Cittadinanza Attiva, selezionate attraverso procedura pubblica.

CESPI

La ricerca condotta da CESPI ha come obiettivo la stesura di un report sui servizi di tutela della salute rivolti ai Richiedenti e titolari di protezione internazionale.

La ricerca ha già coinvolto tutte le ASL partner per la raccolta dei dati ed ha avuto un incremento proprio nel 2020 grazie alla collaborazione con Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio che è stata attivata per la produzione di statistiche semestrali sugli accessi di RTPI ai servizi sanitari territoriali e regionali.

Nel 2020 il CeSPI ha prodotto due documenti, entrambi basati su un'indagine diretta che ha coinvolto gli operatori delle ASL e degli altri organismi coinvolti:

1) Analisi dell'offerta: I servizi sanitari nei territori delle Asl Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Frosinone, Latina e Rieti, per i titolari e richiedenti di protezione internazionale (ottobre 2019). Si sono individuate somiglianze e differenze nel rapporto con il SSN da parte dei RTPI e da parte del resto della popolazione residente.

2) Rapporto di valutazione intermedia: si è verificato l'andamento delle diverse attività in ciascuna ASL, confrontando quanto programmato con quanto concretamente realizzato, mettendo in luce fattori di successo e criticità.

Cittadinanza Attiva

Cittadinanza Attiva sta conducendo l'Audit Civico sia a livello regionale che nei territori delle ASL partner attraverso una ricerca che ha lo scopo di valutare l'esperienza dei RTPI rispetto all'utilizzo dei principali servizi sanitari presenti nei territori di riferimento.

Al 31 dicembre 2020 Cittadinanza Attiva ha effettuato le seguenti attività:

- Creazione dei questionari ideati attraverso un confronto con i partner di progetto
- Traduzione dei questionari nelle lingue più importanti, considerate le provenienze degli RTPI nei territori delle ASL partner di progetto
- Somministrazione dei questionari ai primi RTPI, ospiti di alcuni dei centri di accoglienza dei territori in oggetto. Al 31 dicembre 2021 il totale dei questionari somministrati in tutte le ASL Partner è 100, mentre nella ASL Roma 1 è 35.

Al 30.12.2020 sono stati prodotti e caricati sulla piattaforma del Ministero dell'Interno 8 monitoraggi trimestrali. A giugno del 2020 è stata approvata da parte dell'Autorità Responsabile dei fondi FAMI un finanziamento aggiuntivo di oltre 500.000 euro per attività legate all'emergenza COVID.

PROGETTO FOOTPRINTS

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

Capofila: Ministero della Salute (Mds)

Partner (*coinvolti attraverso procedura di co-progettazione*): Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e Associazione permanente della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia (ACPPCCLMM)

Finanziamento: € 675.000 a valere sui fondi strutturali del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, OS2 Integrazione/ Migrazione legale, ON3 Capacity Building - lettera J) Governance dei servizi. Proposta presentata dal Ministero della Salute su invito ad hoc da parte del Ministero dell'Interno

Durata: Triennale 2018-2020 (inizio 23/07/2018, conclusione 30/12/2020)

Destinatari: 90 referenti regionali del sistema regionale e delle Aziende sanitarie individuati tra professionisti sociali e sanitari delle Regioni e Province autonome saranno i destinatari diretti del Progetto; destinatari indiretti saranno tutti i migranti presenti sul territorio regionale

Contesto dell'intervento

Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Una risposta efficace risiede nella possibilità di gestire organicamente le criticità, mediante un approccio di sistema che superi la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni, proponendo modalità assistenziali standardizzate e coordinate, basate su evidenze scientifiche ed efficienti nell'utilizzo delle risorse a disposizione.

Obiettivi del progetto

L'obiettivo generale è superare la frammentazione delle esperienze esistenti locali e regionali per giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale per il coordinamento di aspetti di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante, rafforzando così i sistemi di *governance* regionali su questi temi. Ciò attraverso la formazione di referenti regionali e operatori socio-sanitari, il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali e la creazione di comunità di pratica per favorire un confronto tra referenti regionali.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. Rafforzamento delle competenze del personale delle Regioni e Province autonome per una efficace risposta ai bisogni in materia di salute pubblica della popolazione migrante.
2. Promozione di un percorso sistematico per la definizione di un documento regionale sulle modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica e il rafforzamento delle potenzialità gestionali, che metta in pratica gli indirizzi e le linee guida nazionali per la salute dei migranti.
3. Creazione di una Comunità di pratica che, attraverso l'uso delle tecnologie multimediali e di internet (piattaforme E-learning e sistemi di rete online), assicuri una collaborazione a distanza, in una prospettiva di apprendimento continuo e permanente.

Risultati attesi

I risultati attesi al termine del progetto sono:

- la definizione di un modello formativo nazionale, che si basa sul corso di formazione / *capacity building* del progetto;
- il rafforzamento delle competenze di 90 referenti e operatori socio-sanitari delle Regioni e Province autonome;
- l'elaborazione di un format di riferimento nazionale per la redazione di documenti regionali per il coordinamento degli aspetti operativi di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante;
- la costruzione di una comunità di pratica tra i referenti regionali e la realizzazione di una piattaforma web a supporto della stessa.

Descrizione dei work packages e attività

Il progetto è strutturato in 3 Work Package (WP), oltre a quello di Monitoraggio e controllo coordinato dal Ministero della Salute, relativi agli obiettivi specifici del progetto.

Work package 1: Coordinamento del WP a cura di: Ministero della Salute

Il WP1 prevede lo sviluppo del percorso formativo rivolto a 90 referenti regionali per rafforzare le competenze di coordinamento e di lavoro in rete con gli attori istituzionali e non che si occupano dell'assistenza ai migranti sui territori locali, consolidandone anche le conoscenze sul tema delle migrazioni e delle politiche di salute pubblica rivolte ai migranti.

Fasi dell'intervento:

1. Progettazione: disegno e progettazione micro e macro del corso.
2. Erogazione: svolgimento del corso che si articola in un primo momento residenziale di due giornate a febbraio, a cui segue una fase di confronto a distanza (con moduli formativi online) e di lavoro dei referenti a livello locale e si conclude con un secondo momento residenziale, sempre di due giornate, a settembre. Il corso viene ripetuto in 3 edizioni diverse (mediamente con 30 partecipanti in ogni edizione) in tre territori diversi.
3. Valutazione: è previsto un sostanzioso impianto valutativo utile alla fase successiva.
4. Modellizzazione: formalizzazione del modello formativo per la costruzione di un modello da presentare anche a livello europeo.

Work package 2: Coordinamento degli interventi regionali. Coordinamento del WP a cura di: SIMM

Il WP2 prevede di lavorare nei singoli contesti locali con un continuo confronto interregionale e nazionale, per la definizione di un documento regionale sulle modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica che rafforzi le potenzialità gestionali per la salute dei migranti, coinvolgendo i Gruppi locali Immigrazione e salute (GrIS) della SIMM. La finalità ultima del WP è supportare i processi locali di implementazione degli indirizzi e delle linee guida nazionali per la salute dei migranti, rafforzando i sistemi di *governance* regionali sul tema.

Fasi dell'intervento:

1. Analisi del contesto territoriale: raccolta a livello locale delle informazioni sulle criticità esistenti nel coordinamento operativo di aspetti di salute pubblica e sulle risorse da valorizzare.
2. Definizione del format del documento di coordinamento regionale: condivisione di una struttura di documento quale base di lavoro per i referenti regionali.
3. Tavoli di confronto regionali: organizzazione di tavoli di lavoro che coinvolgono i referenti regionali formati e i GrIS per l'elaborazione del documento regionale.
4. Condivisione e validazione del format del documento di coordinamento attraverso incontri a livello nazionale con i referenti regionali formati e i referenti GrIS.
5. Finalizzazione dei documenti di coordinamento regionali: elaborazione e diffusione di documenti regionali per l'implementazione a livello locale delle raccomandazioni sulla salute dei migranti.

Work package 3: Piattaforma di confronto e comunità di pratica. Coordinamento del WP a cura di: ACPPCCLMM

Il WP3 prevede la creazione di una piattaforma web messa a disposizione dei referenti regionali, attraverso la quale favorire la costruzione di una comunità di pratica che assicuri una collaborazione a distanza, in una prospettiva di apprendimento continuo e permanente.

Fasi dell'intervento:

1. Progettazione e realizzazione piattaforma web: disegno e messa a disposizione di una piattaforma web ad hoc, che permetta il confronto continuo tra pari e l'aggiornamento su temi di interesse.
2. Gestione della piattaforma web: svolgimento di un'attività di tutoraggio a distanza per stimolare ed orientare il confronto all'interno della comunità di pratica.
3. Valutazione dell'attività online: monitoraggio ed analisi del confronto all'interno della comunità di pratica svolto tramite la piattaforma web.

Sostenibilità dei risultati del progetto

Il coinvolgimento degli Assessorati e delle Direzioni regionali sanitarie è fondamentale affinché la selezione dei referenti sia coerente alle finalità del progetto. Il progetto promuoverà la sostenibilità dei risultati a partire dall'avvio stesso, in modo che questo intervento possa costituire una opportunità per supportare le azioni svolte localmente. Il percorso formativo e il lavoro per l'elaborazione dei documenti regionali verranno modellati sulla base delle esigenze locali. L'investimento formativo per il rafforzamento delle competenze dei referenti regionali e la creazione di comunità di pratica garantiranno, nel tempo, la possibilità di aggiornare i piani di coordinamento regionali per la salute dei migranti perché possano rispondere in maniera appropriata all'evoluzione del fenomeno migratorio e dei relativi bisogni di salute.

Impatto del progetto

Il progetto contribuirà a rafforzare le competenze specifiche e di coordinamento dei referenti regionali, in relazione al tema della salute dei migranti, e a sostenere meccanismi di *governance* locali. In ogni contesto l'azione di *capacity building* sarà di aiuto per superare le frammentazioni delle esperienze locali e regionali e per ottimizzare le risorse, proponendo modalità assistenziali standardizzate, basate su evidenze scientifiche, grazie alla definizione di modalità operative condivise per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica per la popolazione straniera.

Selezione del Team di referenti regionali

La corretta individuazione dei referenti regionali da coinvolgere è essenziale per la buona riuscita del Progetto e al fine di produrre delle ricadute a livello territoriale anche sul lungo termine, secondo una visione di ottimizzazione delle risorse esistenti e nell'ottica di sostenibilità del progetto e dei suoi risultati. È dunque auspicabile che vengano coinvolti nel gruppo di lavoro i professionisti che nei territori regionali sono impegnati nell'ambito della salute delle popolazioni migranti e che avranno la possibilità di lavorare in questo campo anche al termine del progetto.

Il Team individuato da ogni Regione e Provincia autonoma nel suo complesso dovrà presentare le seguenti caratteristiche:

- competenza/esperienza nell'ambito della salute della popolazione immigrata;
- incisività a livello delle politiche sanitarie locali e dell'organizzazione dei servizi;
- disponibilità di tempo e motivazione.

La numerosità del Team regionale è stata definita in base alla presenza della popolazione straniera residente e dei richiedenti protezione internazionale sul territorio regionale, nonché all'articolazione geografica del territorio locale

Nel Team è consigliato individuare professionisti che siano impiegati sia a livello regionale che all'interno delle aziende sanitarie locali, in modo da costruire un Team equilibrato di professionisti che operano su più piani. Sarà inoltre richiesta ai referenti regionali la capacità di lavorare in gruppo e a distanza.

Lavoro di gruppo regionale: analisi delle azioni svolte e prospettive di lavoro del gruppo regionale FOOTPRINTS.

- Regione Lazio

- per il progetto Footprints la nomina dei referenti regionali è stata intersettoriale e interdisciplinare e ed abbastanza rappresentativa di tutto il territorio regionale.

- in due successivi incontri congiunti fra il gruppo regionale già esistente e il gruppo dei referenti Footprints è stata preparata una lettera indirizzata a tutti i Direttori generali e ai Commissari straordinari con lo schema di indicatori per il monitoraggio per l'applicazione della delibera 590/18 contenente le indicazioni e le procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale. Sono stati definiti 4 obiettivi con relativi indicatori, fonte di verifica, formula di calcolo e il valore atteso regionale per anno fino al 2021.

Attività

future:

Gli obiettivi da perseguire da qui alla fine del progetto Footprints (dicembre 2020):

- - attuazione delle procedure per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori
- - favorire a livello aziendale il coordinamento di interventi per la tutela sanitaria dei migranti e richiedenti protezione internazionale

- formazione degli operatori sociosanitari della ASL sulle indicazioni e procedure per l'accoglienza e tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale. In particolare questo verrà fatto appoggiandosi ad altri progetti

a valere su fondi FAMI, quali il progetto I CARE: saranno attuati 4 percorsi formativi nelle ASL regionali sulle LLGG Controlli alla frontiera; vittime di tortura; specializzazione per mediatori linguistico-culturali nel rispetto delle indicazioni della Regione Lazio; sulla traumatizzazione - monitoraggio delle attività svolte secondo lo schema elaborato, con incontri di monitoraggio semestrali - definizione di un modello di rilevazione dei bisogni di salute della popolazione straniera a livello delle singole ASL (progetto da definire ulteriormente) - valutazione del possibile utilizzo e adozione del Format di documento Footprints, una volta che questo sarà presentato in versione definitiva.

Documento sintetico conclusivo sulla progettazione territoriale e sulle attività svolte nel contesto del progetto FOOTPRINTS – Regione Lazio

La Regione Lazio, dall'analisi degli atti, comparata con altre realtà regionali, risulta tra le più attente e sensibili al tema della tutela della salute delle popolazioni migranti.

Nel 1995 nasce a Roma il GrIS Lazio, primo gruppo locale 'Immigrazione e Salute', rete di 60 organismi pubblici e del Terzo settore, seguito nel 1997 dall'istituzione di un Gruppo di Lavoro regionale, composto da operatori di strutture pubbliche e del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione, con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni regionali⁷.

Questo "doppio livello partecipativo"⁸, locale attraverso il GrIS ed istituzionale attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, ha permesso la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti. Lo stretto rapporto tra i due livelli risulta ancora più evidente con l'ultimo rinnovo del gruppo di lavoro regionale⁹ perché, se da un lato il GrIS ha avuto il mandato di indicare i due rappresentanti del privato sociale (Caritas di Roma e Medici per i Diritti Umani) dall'altro al GrIS fanno riferimento tutti i rappresentanti indicati dalle strutture pubbliche.

La Regione Lazio ha posto un'attenzione continua e puntuale sull'accessibilità ai servizi dei migranti; sono tanti gli atti emanati sull'assistenza sanitaria agli stranieri, regolarmente soggiornanti o non in regola con le norme d'ingresso e di soggiorno, ai richiedenti e titolari di protezione internazionale, come ad esempio la DGR del 5 dicembre 2000, n. 2.444, sulle *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea*, la DGR del 25 marzo 2005, n. 427 relativa all'assistenza protesica per i titolari di codice STP, fino al recepimento dell'Accordo Stato-regioni sulla corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria¹⁰. Inoltre numerose sono state le circolari esplicative sull'assistenza ai cittadini stranieri e ai cittadini dell'Unione Europea fino alle precisazioni a seguito dell'entrata in vigore della Legge 1 dicembre 2019, n.132.

Particolare attenzione è stata posta sulla promozione delle competenze culturali dei servizi, per adeguare le risposte a un'utenza multietnica; infatti la Regione Lazio ha fatto proprie le sollecitazioni sulla necessità di una formazione specifica e omogenea, avviando il *Programma regionale di formazione degli operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*¹¹ coinvolgendo più di 1.000 operatori di tutte le ASL laziali.

⁷ DPGR 4 Dicembre 1997, n°2429. Gruppo di lavoro di valutazione e monitoraggio della DGR 5122 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per gli stranieri temporaneamente presenti"

⁸ Geraci S. "La tutela sanitaria degli immigrati nella Regione Lazio. La costruzione di un doppio livello partecipativo. In: In Rete per la salute degli immigrati. Bologna, Pendragon editore, 2012: 48-57

⁹ Determinazione 26 gennaio 2016, n°00162; Determinazioni n. G05425 e n.G13639 del 2017

¹⁰ DCA 8 marzo 2013, n°U00077 "recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome»

¹¹ Determinazione 29 ottobre 2010, n°DB336

Nel corso degli ultimi anni la Regione Lazio ha promosso, in collaborazione con strutture sanitarie pubbliche e alcuni attori del privato sociale, interventi di sanità di prossimità per la tutela della salute di soggetti fragili:

- 1) Campagne “*Salute senza esclusione*” rivolte alle comunità rom e sinti presenti a Roma, per le vaccinazioni dei bambini nel 2002 e per l'accessibilità ai servizi socio-sanitari nel 2006 ¹²;
- 2) Progetto “*Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze*” (2014) articolato in schede obiettivi che le Aziende sanitarie laziali hanno realizzato nei diversi contesti in favore di tre popolazioni target:
 - *rom e sinti*
 - *immigrati con particolare riferimento a coloro che vivono in condizione di fragilità sociale (STP e ENI)*
 - *vulnerabili (senza dimora) italiani e stranieri* ¹³.
- 3) “*Piano di intervento socio sanitario rivolto agli immigrati stanziali presso insediamenti e edifici occupati della città di Roma*” (2017)¹⁴ articolato nelle “Giornate della salute” (donna, bambino, malattie croniche, accesso ai servizi) che le ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 3 hanno realizzato in cinque occupazioni.
- 4) “*Piano di intervento socio sanitario in favore della popolazione romani a Roma*” (2018) ¹⁵ sviluppatosi prevalentemente sulla promozione delle vaccinazioni dei minori e sull'orientamento ai servizi.

Inoltre la Regione Lazio ha costruito, attraverso un percorso di co-progettazione pubblico-privato, il *Piano regionale antitratta*¹⁶. Il Piano realizza un sistema di azioni per l'emersione e il sostegno alle persone vittime di tratta e di grave sfruttamento nonché del diritto alla protezione e all'inserimento sociale, attraverso l'organizzazione di una filiera dei servizi. Il Piano tiene conto, inoltre, della diversificazione delle diverse tipologie di sfruttamento e di vittime (adulte e minori, donne, uomini, transgender) e dei conseguenti interventi per l'emersione, a partire dalla prima assistenza e proseguendo con il percorso di inclusione sociale, garantendo nel contempo la formazione comune e la riflessione condivisa degli operatori a diverso titolo coinvolti.

Coerentemente con quanto previsto dalla Legge regionale n. 10 del 14 luglio 2008, la Regione Lazio ha anticipato un sistema di interventi e servizi volti a rimuovere gli ostacoli che si oppongono all'esercizio dei diritti civili e sociali da parte dei cittadini immigrati, anche nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie¹⁷. Attraverso tale sistema la Regione Lazio sostiene l'inclusione sociale dei titolari di protezione internazionale e dei beneficiari di permessi di soggiorno per casi speciali, riservando particolare attenzione alle fasce fragili della popolazione immigrata e ai minori stranieri non accompagnati.

Il Sistema territoriale di interventi e servizi, definito dalla Legge regionale n. 11 del 10 Agosto 2016 “*Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del Lazio*”, fornisce gli assi programmatici per l'integrazione e l'inclusione sociale dei cittadini immigrati e di altre minoranze (Rom, Sinti e Camminanti)¹⁸.

¹² Campagne proposte dal GrIS Lazio, progettate con l'ASP Lazio. Baglio G, Cacciani L, Ciuta ST et al. Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma. Roma, Monografie ASP Regione Lazio, 2003; Baglio G, Barbieri F, Cacciani L et al. Salute senza esclusione: Campagna per l'accessibilità ai servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinti a Roma. Roma, Quaderni di InformaArea, n. 5, aprile 2008

¹³ DCA 6 febbraio 2013, n°U00015 e Determinazione 4 Ottobre 2013, n°G014441

¹⁴ Elaborato sulla base del Piano d'intervento socio sanitario coordinato dalla ASL RM/A, ASL RM/B e INMP, approvato dalla Direzione regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria (Area Programmazione servizi territoriali) con la nota del 5 ottobre 2015, n°527930/GR/11/27

¹⁵ Piano proposto dal GrIS Lazio, in collaborazione con INMP e Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) approvato dalla Direzione regionale Salute e Politiche Sociali (Area Cure Primarie) con la nota del 16 novembre 2016, n°0573868

¹⁶ DGR 22 gennaio 2019, n°19

¹⁷ LR 14 luglio 2008, n°10 “Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati” – art.15 (Accesso alle prestazioni socio-sanitarie)

¹⁸ LR 10 agosto 2016 n°11 “Sistema integrato di interventi e servizi sociali della Regione Lazio” – art.14 (Politiche in favore degli immigrati e di altre minoranze)

Il Piano Sanitario Regionale 2010-2012¹⁹ dedica un'ampia sezione al tema della salute e multietnicità, articolata su tre macroobiettivi:

- 1) Monitorare i bisogni di salute e il ricorso ai servizi sanitari;
- 2) Garantire l'accesso ai servizi sociosanitari;
- 3) Implementare strategie di sanità pubblica per la promozione della salute.

Nel Piano si sottolinea l'importanza di sviluppare adeguati strumenti per la rilevazione sistematica delle condizioni di salute degli stranieri quale requisito indispensabile per una programmazione sanitaria più rispondente ai bisogni reali della popolazione immigrata. In particolare, è stato realizzato il sistema di rilascio automatizzato dei tesserini STP/ENI, con un archivio regionale informatizzato dei codici.

In riferimento all'accesso dei servizi, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale del diritto all'assistenza sanitaria, si pone quella più sostanziale del superamento delle barriere burocratiche, linguistiche e culturali alla fruibilità delle prestazioni. A tal fine vengono individuati una serie di interventi sull'informazione, formazione del personale, sulla mediazione culturale, sulla rimodulazione dei servizi territoriali e ospedalieri in funzione di un'utenza multietnica.

Importante il richiamo alle strategie di sanità pubblica da implementare per la promozione della salute degli immigrati, attraverso l'adozione di modelli incentrati sulle reti di collaborazione pubblico-privato sociale e sulla metodologia dell'offerta attiva, soprattutto rivolta a particolari condizioni critiche - salute della donna e del bambino, infortuni sul lavoro, salute orale - o gruppi a rischio di esclusione sociale - comunità etniche particolarmente isolate, come quella cinese, o categorie lavorative poco visibili, come le badanti - compresi i richiedenti/titolari di protezione internazionale e la popolazione rom e sinta.

Il documento indica inoltre come indispensabile il coinvolgimento degli stranieri nella pianificazione delle attività sanitarie, anche attraverso la creazione di specifiche “*Consulte per una salute interculturale*”, con rappresentanti delle istituzioni sanitarie, degli Enti locali e delle organizzazioni della società civile, in modo da favorire la partecipazione attiva nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di empowerment e di relazioni reciproche.

Sulla base del mandato istituzionale derivante dalla normativa nazionale (Testo unico sull'immigrazione) e dello sviluppo delle reti locali (GrIS Lazio), il Sistema Sanitario Regionale diventa protagonista, con un'attenzione anche agli aspetti organizzativi. Nel corso degli anni, alcune Aziende Sanitarie hanno istituito gruppi di lavoro, unità operative e ambulatori di medicina delle migrazioni. Attualmente alcune Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere hanno inserito negli atti aziendali vigenti specifiche unità operative:

- 1) ASL Roma 1: UOSD Salute Migranti (a valenza interdistrettuale) e UOSD Centro SAMIFO, individuato dalla Regione Lazio “*quale struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati*”²⁰;
- 2) ASL Roma 2: UOC Tutela degli Immigrati e Stranieri (*Dipartimento Tutela delle Fragilità*);
- 3) ASL Latina: UOSD Popolazione Migrante e Mobilità Sanitaria (*Dipartimento Assistenza Primaria*);
- 4) ASL Frosinone: Servizio Multietnico - UOSD Servizi socio-sanitari (*Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie*);
- 5) A.O. San Giovanni-Addolorata: Servizio Accettazione e Assistenza Stranieri (*UOC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri*);
- 6) Policlinico Umberto I: Ufficio Stranieri (*Direzione Sanitaria*) e Ambulatorio Migranti (*Dipartimento Malattie Infettive*).

¹⁹ DCA 31 dicembre 2010, n°U0111“Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012”

²⁰ Determinazione 22 luglio 2015, n°G09086 “Centro di Salute per Migranti forzati – Azienda USL RM/A – Individuazione quale struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati”

La Regione Lazio, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 590 del 16.10.2018 concernente “*Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*”, ha approvato un documento tecnico allo scopo di fornire, alle Strutture Sanitarie regionali, agli operatori dei centri che ospitano richiedenti e titolari di protezione internazionale e a tutti coloro che sono coinvolti nel percorso di accoglienza/assistenza, strumenti per una corretta e uniforme presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, persone in condizione di fragilità sociale e spesso portatrici di bisogni sanitari specifici.

Il documento ha recepito e contestualizzato la linea guida *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza* e la *Linea 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*.

È stata, inoltre, definita la procedura per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), attiva nelle ASL Roma 1, Roma 3, Roma 4, Roma 6, Viterbo, Frosinone, Latina e Rieti.

E' stato inoltre predisposto uno schema di indicatori per un monitoraggio uniforme su tutto il territorio regionale dell'applicazione della DGR 590. Tale schema è stato condiviso con i referenti aziendali del progetto Footprints e con il Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, nominato con determinazione n. G05425/17, che ha redatto il documento approvato con la sopra citata DGR.

Ad oggi hanno risposto al monitoraggio la ASL Roma1 e la ASL Roma5, in periodo precedente all'emergenza Covid.

E' ovvio che nei mesi successivi le ASL sono state totalmente coinvolte nella gestione della pandemia e pertanto il monitoraggio ha subito di fatto un rallentamento.

Nella fase acuta della pandemia sono state predisposte 2 note per individuare le procedure per la prevenzione e la diffusione del virus Covid- 19 nell'ambito del sistema di accoglienza straordinaria degli stranieri richiedenti protezione internazionale, del CPR di Ponte Galeria e delle vittime di tratta.

Si è provveduto, inoltre, a dare indicazioni alle ASL per prorogare:

- l'iscrizione al SSR dei richiedenti protezione internazionale per un anno, indipendentemente dalla scadenza dei documenti in loro possesso;
- a tutti i regolarmente iscritti fino al 31 dicembre, indipendentemente dalla scadenza del permesso di soggiorno;
- la valenza dei tesserini STP/ENI fino al 31 dicembre, indipendentemente dalla loro scadenza.

Progetto PSIC – Percorsi Socio-sanitari Integrati Comunitari

Il **Progetto PSIC**, a valenza cittadina, ha l'obiettivo di fornire risposte efficaci ai bisogni di salute mentale di migranti provenienti da paesi terzi, presenti nel territorio cittadino. Capofila è, mentre partners sono

Capofila: Roma Capitale

Partner: le 3 ASL cittadine, Roma 1, 2 e 3.

Finanziamento: € 1.436.157,02

Durata: (inizio, conclusione) dal 01/04/2019 al 30/06/2022

Destinatari diretti: operatori socio sanitari

Destinatari indiretti: cittadini provenienti da paesi terzi affetti da fragilità psicologica

Nel 2020 sono stati predisposti gli atti amministrativi riferiti al progetto. Pubblicate le delibere di presa d'atto d'ammissione a finanziamento e la successiva modifica dell'addendum a seguito della approvazione della richiesta di proroga della scadenza progettuale, fissata al 30 giugno 2022.

Le azioni previste dalla ASL Roma 1 sono:

- 1) Creazione del Gruppo di Lavoro per la realizzazione delle attività. In fase di selezione il personale esterno previsto dal progetto che integrerà l'equipe multidisciplinare composta dal personale interno alla ASL, già attiva sin dall'inizio delle attività progettuali.
- 2) Formazione di base e di secondo livello: realizzazione di interventi formativi a favore della rete sociosanitaria e istituzionale con l'intento di produrre cambiamenti migliorativi nel sistema dei servizi correlati centrati sulla cura e riabilitazione. Programmate le attività formative in collaborazione con l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati – UNHCR. Elaborato il programma, suddiviso in 2 moduli, di base e avanzato, effettuate le registrazioni audio-video per la formazione a distanza in modalità asincrona. In fase di predisposizione la piattaforma in collaborazione con la UOC formazione della ASL.
- 3) Attivazione o rafforzamento di modelli integrati di assistenza territoriale, attraverso la collaborazione tra le ASL, gli enti locali e il privato sociale per individuare modalità di assistenza e cura più appropriate.
- 4) Individuazione precoce di migranti affetti da disturbi psichici anche tramite unità mobili. In fase di assegnazione il servizio di mediazione linguistico-culturale. Individuati e presi in carico, nell'ambito delle attività progettuali, 18 rifugiati affetti da gravi patologie psichiatriche.
- 5) Promozione dell'acquisizione di specifiche competenze; Predisposizione degli atti per la realizzazione di 5 percorsi di acquisizione di specifiche competenze:
 - percorso 1: laboratorio di alta sartoria design e abiti su misura
 - percorso 2: laboratorio artistico-creativo
 - percorso 3: agricoltura sociale
 - percorso 4: cucina e ristorazione
 - percorso 5 tecnologia e multimedialità
- 6) Attivazione di un polo unico riabilitativo extraterritoriale. Individuato l'immobile di proprietà della ASL Roma 1 per la creazione di un polo cittadino per attività socioriabilitative destinate a cittadini provenienti da paesi terzi e regolarmente soggiornanti in Italia. Immobile di proprietà della ASL ROMA 1 conforme per le attività previste dal progetto. Dati catastali: Foglio:484, Particella:9, Sub.:1. L'immobile risulta pervenuto in proprietà all'Azienda Asl Roma 1 in base all'art. 5 del D.Lgs 502/92, come modificato dal D.Lgs 517/93, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali. Assegnato in via esclusiva al progetto PSIC. Il cambiamento si è reso necessario in quanto l'immobile precedentemente individuato, di proprietà del comune, non è più disponibile. Selezionato l'architetto per la redazione del progetto esecutivo di ristrutturazione dell'immobile. Si prevede l'apertura del polo entro luglio 2021.

Il progetto è stato recentemente rimodulato. Su richiesta dell'Autorità Responsabile, del Ministero dell'Interno, dei Fondi FAMI è stato inserito l'elenco dettagliato delle attrezzature necessarie per l'arredo del polo cittadino e la realizzazione delle attività e la suddivisione per macrovoci del budget previsto per la manutenzione straordinaria dell'immobile, concordata con la unità competente della ASL.

Destinazione Comune è un progetto a valenza Regionale, che ha come obiettivo generale la realizzazione di percorsi di inclusione integrati e personalizzati per l'inclusione socio-economica (casa, lavoro) e socio-culturale (socializzazione, (in)formazione, sensibilizzazione) dei titolari di protezione internazionale - TPI sul territorio della Regione Lazio finalizzato all'autonomia socioeconomica dei titolari di protezione internazionale.

Capofila: Programma Integrale

Partner: CIES, CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Refugees Welcome Italia Onlus, Associazione PerMicroLab, Upter Università Popolare di Roma, Roma Capitale Dipartimento Turismo, Formazione Professionale e Lavoro Direzione Formazione Professionale e Lavoro, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Università Telematica Internazionale UNINETTUNO, ASL Roma 1, FOLIAS Società Cooperativa Sociale a r. l. – Onlus

Finanziamento: € 1.049.906,72

Durata: dal 01/04/2019 al 30 giugno 2022.

Destinatari: titolari di protezione internazionale in uscita dal sistema di accoglienza o usciti da non oltre 18 mesi

E' un progetto a valere su fondi FAMI, che coinvolge oltre 20 partner. Capofila è il Programma Integrale. I destinatari diretti delle attività progettuali sono i titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità, usciti dal circuito di accoglienza da non oltre 18 mesi.

Le attività progettuali possono essere raggruppate in 3 ambiti d'azione o assi più uno trasversale:

1. 1- inserimento abitativo
2. 2- promozione dell'inserimento lavorativo
3. 3- inserimento socio-culturale

Il SAMIFO ha il compito di individuare almeno 5 destinatari di progetto con fragilità psicosanitaria e supportare, con l'aiuto di specialisti psico-antropologici assunti con fondi di progetto, tutte quelle azioni integrate, multidisciplinari, intersettoriali e sperimentali per favorire l'inserimento alloggiativo in famiglie di TPI. Nel 2020 è stato inserito un ragazzo camerunense rifugiato, assistito dal SAMIFO e inserito, nell'ambito del progetto FARI 2, nel percorso di acquisizione di specifiche competenze in Alta sartoria, design e abiti su misura. Individuate altre 2 persone rifugiate in fase di inserimento in famiglie.

In fase di selezione il personale esterno previsto dal progetto che integrerà l'equipe multidisciplinare composta dal personale interno alla ASL, già attiva sin dall'inizio delle attività progettuali.

Progetto Rome4Roma, finanziato dalla Open Society Foundation.

Capofila: Associazione 21 luglio

Partner: ASL Roma 1, Civico Zero, Crossing Dialogues, Sanità di Frontiera.

Finanziamento: € 40.000, di cui 7500 alla ASL

Durata: 18 mesi

Destinatari: servizi sociosanitari, organizzazioni della società civile, comunità Rom, istituzioni pubbliche.

La ASL Roma 1 ha effettuato una review della letteratura scientifica producendo il rapporto “*Rom e salute mentale: il ruolo della discriminazione*”.

Nell'allegato 6 la relazione finale.

Protocollo operativo tra la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale del Ministero dell'Interno e la ASL Roma 1 attraverso la UOSD centro SAMIFO.

Il significato della storica collaborazione, inizialmente informale, fra la Commissione Territoriale di Roma - Ministero dell'Interno - per il riconoscimento della protezione internazionale e la UOSD Centro SAMIFO della ASL Roma 1 può essere profondamente descritto dalla citazione di Italo Calvino, l'arco e le pietre, tratto dal libro *Le Città Invisibili*.

Marco Polo descrive un ponte, pietra per pietra.

– Ma qual è la pietra che sostiene il ponte? – chiede Kublai Kan.

– Il ponte non è sostenuto da questa o quella pietra, – risponde Marco, – ma dalla linea dell'arco che esse formano.

Kublai Kan rimane silenzioso, riflettendo. Poi soggiunge:

– Perché mi parli delle pietre? È solo dell'arco che m'importa.

Polo risponde: – Senza pietre non c'è arco.

Infatti, sono strettamente connessi il lavoro dei commissari che sistematicamente porta a conoscere situazioni di grave vulnerabilità connesse spesso alle storie traumatiche pregresse dei richiedenti asilo, con quello dei professionisti del SAMIFO, *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, 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*". I continui scambi e invii reciproci fra la Commissione e il SAMIFO si traduce, da un lato, nella produzione di certificazioni mediche o relazioni psicologiche a sostegno della domanda di protezione internazionale e dall'altra all'invio al SAMIFO per valutazioni specialistiche o prese in carico sanitarie di persone affette da disturbi psico-sanitari, emersi durante l'audizione.

Lavorare nella gestione di questi casi rappresenta anche un rischio psicologico per gli stessi membri delle commissioni. Per tale ragione è stato sottoscritto, nel 2020, un protocollo operativo definito "Iniziativa per il supporto psicologico al lavoro dei componenti e del personale della Commissione e relative Sezioni" finalizzato, attraverso la supervisione dell'équipe professionale del SAMIFO, ad aiutare i commissari a raggiungere un certo grado di autonomia emotiva, a mantenere alto il livello motivazionale e a prevenire la traumatizzazione vicaria e fenomeni di *burnout*, favorendo l'integrazione di ruoli e funzioni dei partecipanti.



Ministero dell'Interno
COMMISSIONE TERRITORIALE
PER IL RICONOSCIMENTO DELLA PROTEZIONE
INTERNAZIONALE DI ROMA



PROTOCOLLO OPERATIVO
TRA
LA COMMISSIONE TERRITORIALE PER IL RICONOSCIMENTO
DELLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE DI ROMA
E
LA ASL ROMA 1 – UOSD CENTRO SAMIFO
“Iniziativa per il supporto psicologico al lavoro dei componenti e del personale
della Commissione e relative Sezioni”

VISTI

- l'articolo 1-*quater* del D.L 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla Legge 28 febbraio 1990, n. 39, e successive modificazioni ed integrazioni, istitutivo delle Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale nonché gli artt. 3 e 4 del D.Lgs. 28 gennaio 2008, n.25;

PREMESSO CHE

- le Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale in quanto autorità competente all'esame delle domande di asilo presentate nel territorio nazionale, svolgono un lavoro che sistematicamente porta a conoscere situazioni di grave vulnerabilità connesse spesso a traumi pregressi;
- l'esperienza delle organizzazioni che si occupano di esame diretto delle domande di richiesta di asilo a livello internazionale e la letteratura specializzata in materia ha rilevato che coloro che lavorano a contatto diretto con persone traumatizzate tendono ad essere più a rischio di *burnout* o di traumi secondari. Nelle varie regioni del mondo, i funzionari direttamente impegnati nelle attività di analisi delle domande di asilo (RSD) e il personale di supporto hanno individuato come problematiche relative al benessere individuale, strettamente legate al tipo di lavoro svolto, il *burnout*, il trauma vicario o secondario, il senso di isolamento, la “credibility fatigue” e la mancanza di motivazione. Tra gli strumenti che aiutano a prevenire il *burnout* rientra la supervisione psicologica, volta ad offrire un servizio di supporto di gruppo – se necessario individuale – per le difficoltà emotive, relazionali e organizzative che possono sorgere in ambito lavorativo, sia con i richiedenti che con i colleghi. Lavorare nella gestione dei casi individuali con persone che sono molto spesso traumatizzate rappresenta un rischio psicologico che nello staff potrebbe determinare demoralizzazione e *burnout*, con conseguente innalzamento di congedi per malattia o assenteismo, una diminuzione dei livelli di performance e di qualità del lavoro svolto, un alto tasso di richieste di trasferimenti;

- nell'ambito della rete di comunicazione territoriale creata dalla Commissione, il centro Salute Migranti Forzati (d'ora in avanti SAMIFO) è uno degli attori più accreditati nella gestione dello stress da lavoro;
- il centro SAMIFO nasce il 31 marzo del 2006 dalla collaborazione tra la ex ASL Roma A (oggi ASL Roma 1) 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;
- il SAMIFO, 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, 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 luglio 2015);
- dal 2016 il centro SAMIFO è istituzionalizzato in un nuovo modello organizzativo aziendale della ASL Roma 1 come Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale – UOSD - afferente il Distretto 1 (giusta Deliberazione N° 763 del 26 luglio 2017 che conferisce, a seguito di avviso pubblico, l'incarico di direttore della UOSD centro SAMIFO al Dr. Giancarlo Santone).

Tutto ciò premesso, si conviene quanto segue:

Art. 1

La UOSD centro SAMIFO della ASL Roma 1 e la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale di Roma con le relative Sezioni I e III mediante il Protocollo operativo “Iniziativa per il supporto psicologico al lavoro dei componenti e del personale della Commissione e relative Sezioni” (d'ora in avanti Protocollo) intendono collaborare alla creazione di uno spazio “protetto” di riflessione e confronto di gruppo che costituirà un momento significativo di sviluppo professionale, di analisi e condivisione di indirizzi e metodologie di lavoro.

Art. 2

Il Protocollo è finalizzato, attraverso la supervisione dell'équipe professionale, ad aiutare i soggetti interessati a raggiungere un certo grado di autonomia emotiva, a mantenere alto il livello motivazionale e a prevenire la traumatizzazione vicaria e fenomeni di *burnout*, favorendo l'integrazione di ruoli e funzioni dei partecipanti. Per le suddette finalità sono previsti dieci incontri, secondo l'unito calendario. Il primo di questi si terrà in sessione plenaria presso i locali della Commissione così come l'ultimo incontro, durante il quale vi sarà la restituzione del percorso svolto. Per i rimanenti otto incontri, ciascuno della durata di due ore, che si terranno presso la sala riunioni di Via Ariosto 3 o presso altra sala equivalente del SAMIFO, è prevista la suddivisione dei partecipanti in due gruppi eterogenei per composizione rispetto alle Commissioni di assegnazione.

Art. 3

Il SAMIFO con il Protocollo si impegna ad assicurare la presenza di operatori qualificati nelle date stabilite e nelle sedi sopra individuate e offre anche la possibilità di usufruire di confronti individuali riguardo a dinamiche e reazioni non funzionali, che possono manifestarsi nell'ambito professionale, non adatte a essere trattate nel *setting* di gruppo di lavoro. Il SAMIFO provvederà alla somministrazione in forma anonima ai partecipanti della versione italiana del questionario *Professional Quality of Life (Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales - Revision 5)*, elaborato su una scala di valutazione dello stress ad inizio e fine percorso per valutarne l'efficacia.

Art. 4

La ASL Roma 1, per gli incontri previsti, mette a disposizione a titolo gratuito i propri professionisti del centro SAMIFO e la sala riunioni di Via Ariosto 3, o altro spazio equivalente.

Art. 5

Il SAMIFO, attraverso i propri soggetti attuatori, al termine dell'iniziativa progettuale fornirà alla Commissione Territoriale una dettagliata relazione contenente le impressioni finali, le criticità e specifici suggerimenti emersi nel corso degli incontri.

Art. 6

Il Protocollo, di natura sperimentale, ha la durata di sei mesi ed è prorogabile qualora se ne valuti opportunamente l'efficacia e non comporta oneri finanziari a carico delle parti contraenti.

Analisi descrittiva di alcuni indicatori di assistenza sanitaria delle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo nel Lazio - Rapporto tecnico

a cura del Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio – ASL Roma 1

nell’ambito della collaborazione con UOSD Centro Salute Migranti Forzati SaMiFo ASL Roma 1 - Progetto FARI 2

Premessa

Nell’ambito della collaborazione con UOSD Centro Salute Migranti Forzati SaMiFo ASL Roma 1 per il progetto FARI 2 (Formare Assistere Riabilitare Inserire *Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020 Obiettivo Specifico 1. Asilo – Obiettivo Nazionale ON 1. Accoglienza/Asilo-lett. C-Potenziamento del sistema di 1^a e 2^a accoglienza-Tutela della salute*), è stata realizzata una analisi volta a descrivere l’assistenza sanitaria alle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo nel Lazio, basata sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari regionali.

Il progetto concentra l’attenzione sulla popolazione proveniente dai 14 paesi che, in base al Cruscotto Statistico del Ministero dell’Interno e all’esperienza del Centro Salute Migranti Forzati SaMiFo, risultano essere quelli da cui giunge il 70 per cento dei richiedenti e titolari di protezione internazionale: si tratta di Afghanistan, Algeria, Bangladesh, Costa d’Avorio, Eritrea, Guinea, Iraq, Mali, Marocco, Nigeria, Pakistan, Senegal, Sudan e Tunisia. Per brevità, nel testo abbiamo indicato i cittadini nati in questi 14 paesi con “P-14” e quella dei cittadini italiani e degli altri paesi con “NON-14”.

La richiesta al Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio ASL Roma 1 (DEP) in ottobre 2020 è stata quella di analizzare i seguenti livelli assistenziali:

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

Il presente documento contiene:

- 1) la descrizione delle metodologie applicate
- 2) i risultati in formato tabellare, secondo lo schema richiesto dal progetto.

Obiettivo

Analisi descrittiva dell'uso dei servizi sanitari da parte delle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo con riferimento alle ASL Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Frosinone, Latina e Rieti.

Metodi

a) Fonti dei dati

Anagrafe assistiti Lazio – foto al 31.12.2018 e al 31.12.2019

Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) – anni 2019 e 2020

Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES) – anni 2019 e 2020

Sistema Informativo della Specialistica Ambulatoriale (SIAS) – anni 2019 e 2020

b) Definizione della variabile paese di nascita

La popolazione degli iscritti al Sistema Sanitario Nazionale in ogni territorio viene suddivisa, come richiesto, in due grandi gruppi per paese di nascita:

- 1) iscritti nati in uno dei 14 paesi identificati come principali paesi di provenienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, indicati con P-14
- 2) iscritti nati in Italia e in paesi diversi da quelli indicati nel punto precedente, indicati con NON-14.

Dal momento che il SSN non registra l'eventuale status migratorio del cittadino, è stata utilizzata l'informazione sul luogo di nascita disponibile nell'archivio dell'anagrafe assistiti.

Va tenuto presente che una percentuale variabile di soggetti presente nei Sistemi Informativi Sanitari non trova tuttavia corrispondenza nell'anagrafe assistiti.

c) Criteri di selezione dei dati

Popolazione

La popolazione di riferimento è stata selezionata dall'anagrafe degli assistiti considerando i soggetti che risultano assistiti e residenti in Regione al 31 Dicembre di ogni anno precedente l'anno di analisi.

Accesso ai servizi

Per quanto riguarda il SIO, sono stati esclusi i ricoveri di neonati sani (DRG 391), quelli con tipologia assistenziale in lungodegenza e quelli non a carico del servizio sanitario nazionale.

I ricoveri sono stati poi suddivisi in ricoveri di natura psichica e ricoveri di natura fisica. I primi sono stati individuati selezionando quei ricoveri che riportano in diagnosi principale un codice appartenente ai capitoli da 290 a 319 della classificazione ICD-9-CM. I restanti sono stati considerati come ricoveri di natura fisica.

Sono stati identificati tutti gli eventi relativi agli individui selezionati dall'anagrafe assistiti. Di conseguenza sono stati considerati tutti i ricoveri, accessi in PS e prestazioni / visite ambulatoriali relativi a ciascuno degli individui della popolazione in studio.

d) Misure epidemiologiche

In questo rapporto i risultati sono espressi in numeri assoluti, divisi per genere, classi di età, paese di nascita e territorio di residenza.

Risultati

Le Tabelle illustrano i dati sul ricorso ai servizi sanitari complessivamente nel Lazio e nei residenti delle ASL Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Frosinone, Latina e Rieti. Sono distinti per classi di età (anni <5, 5-17, 18-49, >=50).

Le Tabelle sono distinte in 5 sezioni:

Sezione A – Popolazione assistita e residente (Tabelle da 1 a 16)

Sezione B – Accesso in Pronto Soccorso (Tabelle da 17 a 64)

Sezione C – Accesso a prestazioni ambulatoriali (Tabelle da 65 a 88)

Sezione D – Ricoveri per patologie fisiche (Tabelle da 89 a 112)

Sezione E – Ricoveri per disturbi mentali (Tabelle da 113 a 136)

TABELLE dei risultati

SEZIONE A

Informazioni generali sulla popolazione

Tabella 1 Totale degli assistiti residenti nella Regione Lazio al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	3	23	1618	50	8	13	97	10
Algeria	0	24	455	426	4	19	401	346
Bangladesh	110	1137	19482	1825	89	948	6104	357
Costa d'Avorio	2	32	1026	85	5	22	268	54
Eritrea	5	26	987	241	6	32	520	719
Guinea	1	32	882	43	2	20	126	32
Iraq	3	37	494	116	3	34	102	82
Mali	2	7	1665	18	1	3	59	19
Marocco	49	308	3607	2323	38	296	3814	1907
Nigeria	23	70	3533	510	15	73	2653	485
Pakistan	22	248	2922	562	23	216	809	151
Senegal	5	62	1953	415	4	43	371	107
Sudan	2	11	278	87	0	5	72	51
Tunisia	12	91	1456	3215	10	77	1188	3120
Totale P-14	239	2108	40358	9916	208	1801	16584	7440
Totale NON-14	112617	341093	1048748	1119349	106446	321448	1100255	1350572
Totale	112856	343201	1089106	1129265	106654	323249	1116839	1358012

Tabella 2 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 1 al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	523	19	2	4	19	5
Algeria	0	2	75	61	1	1	53	78
Bangladesh	17	261	4354	407	23	192	1177	72
Costa d'Avorio	1	7	206	31	2	5	71	14
Eritrea	2	5	426	63	3	9	198	244
Guinea	1	6	145	19	1	3	37	8
Iraq	2	12	189	39	2	16	34	23
Mali	0	0	438	5	1	1	19	8
Marocco	3	23	343	270	1	17	437	331
Nigeria	1	6	322	77	2	14	226	73
Pakistan	1	26	301	106	2	13	77	23
Senegal	2	13	336	76	1	8	107	35
Sudan	0	3	83	37	0	0	27	14
Tunisia	1	10	181	393	2	10	161	482
Totale P-14	31	377	7922	1603	43	293	2643	1410
Totale NON-14	18408	59332	180716	196048	17559	56530	198172	255417
Totale	18439	59709	188638	197651	17602	56823	200815	256827

Tabella 3 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 2 al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	2	7	492	14	4	2	34	2
Algeria	0	3	115	94	2	7	101	95
Bangladesh	62	618	10055	1067	44	538	3611	223
Costa d'Avorio	0	12	198	13	0	9	61	12
Eritrea	1	10	348	79	0	7	168	272
Guinea	0	4	194	4	0	4	17	6
Iraq	0	11	135	43	0	7	31	30
Mali	0	2	342	5	0	1	9	5
Marocco	1	45	836	583	8	51	844	480
Nigeria	3	13	858	170	2	11	910	172
Pakistan	4	59	876	169	6	63	231	42
Senegal	2	19	591	155	2	10	101	29
Sudan	1	2	119	31	0	0	23	15
Tunisia	3	22	340	653	0	10	239	700
Totale P-14	79	827	15499	3080	68	720	6380	2083
Totale NON-14	25580	71532	215410	232101	24090	67323	229966	292753
Totale	25659	72359	230909	235181	24158	68043	236346	294836

Tabella 4 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 4 al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	26	3	0	0	3	0
Algeria	0	3	35	29	0	2	39	14
Bangladesh	0	10	254	19	2	5	46	3
Costa d'Avorio	0	2	58	6	0	0	19	1
Eritrea	0	0	62	7	1	0	29	30
Guinea	0	2	46	4	0	0	11	3
Iraq	0	2	11	7	0	3	8	6
Mali	0	0	58	1	0	1	5	1
Marocco	5	15	167	112	3	19	138	99
Nigeria	1	2	151	33	2	2	117	19
Pakistan	1	6	130	19	2	3	26	5
Senegal	0	8	112	50	0	4	40	8
Sudan	0	0	10	4	0	0	3	3
Tunisia	0	2	44	79	0	3	42	90
Totale P-14	7	52	1164	373	10	42	526	282
Totale NON-14	6232	20528	59554	63171	5917	19133	63194	72070
Totale	6239	20580	60718	63544	5927	19175	63720	72352

Tabella 5 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 6 al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	34	0	1	0	7	0
Algeria	0	3	52	49	0	3	42	30
Bangladesh	2	24	458	38	1	23	119	4
Costa d'Avorio	0	1	27	4	1	0	12	4
Eritrea	0	2	26	15	0	1	17	20
Guinea	0	3	31	3	0	1	7	1
Iraq	1	2	31	6	0	2	8	5
Mali	0	0	81	2	0	0	1	0
Marocco	6	34	500	300	4	31	391	197
Nigeria	1	7	206	42	2	3	180	51
Pakistan	5	59	473	82	3	39	165	27
Senegal	0	3	86	21	0	2	20	5
Sudan	0	0	17	5	0	0	6	6
Tunisia	1	14	247	489	0	13	199	375
Totale P-14	16	155	2269	1056	12	118	1174	725
Totale NON-14	11532	35994	106266	108257	10971	34070	110407	124247
Totale	11548	36149	108535	109313	10983	34188	111581	124972

Tabella 6 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Frosinone al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	55	0	0	0	2	0
Algeria	0	2	7	9	0	0	8	7
Bangladesh	0	4	242	2	1	2	23	0
Costa d'Avorio	1	3	162	3	1	1	15	2
Eritrea	0	1	14	24	0	5	14	27
Guinea	0	3	147	0	0	0	3	0
Iraq	0	0	7	4	0	0	2	2
Mali	1	3	257	1	0	0	3	0
Marocco	10	77	479	245	10	55	585	139
Nigeria	4	5	512	25	1	5	225	26
Pakistan	3	10	192	28	4	23	56	6
Senegal	0	0	197	7	0	1	2	3
Sudan	0	0	7	1	0	0	0	0
Tunisia	0	5	40	75	0	2	51	48
Totale P-14	19	114	2318	424	17	94	989	260
Totale NON-14	9087	27138	92063	100862	8680	25616	91527	115676
Totale	9106	27252	94381	101286	8697	25710	92516	115936

Tabella 7 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Latina al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	2	33	1	0	0	4	1
Algeria	0	2	57	64	1	1	49	32
Bangladesh	3	34	751	42	2	17	116	9
Costa d'Avorio	0	2	171	6	0	1	12	3
Eritrea	0	2	14	17	0	4	23	20
Guinea	0	1	125	4	0	3	13	2
Iraq	0	1	15	2	0	0	2	3
Mali	1	0	225	0	0	0	9	2
Marocco	6	35	346	214	1	40	442	159
Nigeria	1	11	582	51	1	10	264	43
Pakistan	4	42	285	39	2	35	95	4
Senegal	0	7	254	7	0	1	19	4
Sudan	1	4	7	1	0	3	3	1
Tunisia	2	11	228	860	0	13	200	757
Totale P-14	18	154	3093	1308	7	128	1251	1040
Totale NON-14	11472	33878	110828	111473	10763	32217	110609	127519
Totale	11490	34032	113921	112781	10770	32345	111860	128559

Tabella 8 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Rieti al 31/12/2018

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	269	7	0	0	6	0
Algeria	0	0	7	3	0	1	5	6
Bangladesh	0	3	75	2	0	2	15	0
Costa d'Avorio	0	0	45	0	1	1	14	3
Eritrea	0	0	18	2	1	2	10	8
Guinea	0	8	38	2	1	2	14	1
Iraq	0	1	38	1	0	0	1	1
Mali	0	0	58	0	0	0	1	0
Marocco	2	11	106	59	1	8	113	76
Nigeria	3	3	190	6	0	1	135	14
Pakistan	0	1	144	9	0	1	9	2
Senegal	0	1	49	1	0	0	2	0
Sudan	0	0	11	1	0	0	0	0
Tunisia	0	2	21	14	0	3	12	19
Totale P-14	5	31	1069	107	4	21	337	130
Totale NON-14	2557	8064	27260	34151	2355	7431	27430	38581
Totale	2562	8095	28329	34258	2359	7452	27767	38711

Tabella 9 Totale degli assistiti residenti nella Regione Lazio al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	3	27	1387	46	7	17	92	13
Algeria	2	27	427	465	4	21	394	365
Bangladesh	135	1277	19861	2055	121	1074	6714	411
Costa d'Avorio	0	25	702	93	4	26	238	61
Eritrea	2	21	783	240	4	33	430	742
Guinea	0	29	605	49	0	21	125	34
Iraq	1	27	516	126	4	30	99	79
Mali	2	10	1387	22	1	3	63	22
Marocco	33	291	3592	2438	33	290	3793	2026
Nigeria	19	58	3029	523	11	62	2528	521
Pakistan	23	281	2956	608	22	221	862	180
Senegal	2	65	1641	472	7	39	419	122
Sudan	3	8	234	95	2	5	76	54
Tunisia	15	88	1475	3223	12	77	1161	3157
Totale P-14	240	2234	38595	10455	232	1919	16994	7787
Totale NON-14	108425	338190	1024405	1142148	102564	318729	1066736	1383405
Totale	108665	340424	1063000	1152603	102796	320648	1083730	1391192

Tabella 10 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 1 al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	367	13	2	0	14	4
Algeria	1	9	73	55	0	7	53	79
Bangladesh	24	283	4319	439	22	220	1244	72
Costa d'Avorio	0	4	142	30	2	7	52	17
Eritrea	1	7	259	56	1	13	143	248
Guinea	0	6	109	21	0	3	35	8
Iraq	0	8	176	37	3	13	31	18
Mali	0	1	332	11	1	1	23	9
Marocco	4	24	308	279	1	19	420	361
Nigeria	0	7	283	71	3	11	197	75
Pakistan	0	29	246	108	0	13	69	28
Senegal	0	11	284	85	1	8	109	41
Sudan	0	2	68	39	1	1	24	18
Tunisia	3	10	172	395	3	10	161	474
Totale P-14	33	401	7138	1639	40	326	2575	1452
Totale NON-14	17593	55411	170849	194266	16802	52441	182088	256865
Totale	17626	55812	177987	195905	16842	52767	184663	258317

Tabella 11 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 2 al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	3	15	473	19	3	5	38	5
Algeria	0	2	115	101	2	6	90	101
Bangladesh	69	685	10472	1223	71	592	3948	259
Costa d'Avorio	0	10	175	13	0	11	62	16
Eritrea	0	6	384	82	0	6	158	294
Guinea	0	6	167	6	0	5	21	6
Iraq	1	9	164	47	1	9	34	32
Mali	0	1	378	7	0	1	7	7
Marocco	1	38	841	634	5	53	833	493
Nigeria	5	10	862	189	2	10	903	195
Pakistan	6	61	909	189	5	57	228	51
Senegal	1	16	523	194	3	11	115	32
Sudan	1	3	114	34	1	3	31	16
Tunisia	3	19	347	657	1	10	238	746
Totale P-14	90	881	15924	3395	94	779	6706	2253
Totale NON-14	24701	72654	213412	244005	23622	68569	227625	308317
Totale	24791	73535	229336	247400	23716	69348	234331	310570

Tabella 12 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 4 al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	32	2	0	0	2	0
Algeria	0	0	32	32	0	1	38	16
Bangladesh	0	14	254	18	2	14	67	6
Costa d'Avorio	0	1	19	6	0	0	13	3
Eritrea	0	0	18	6	1	0	10	28
Guinea	0	2	18	4	0	1	12	4
Iraq	0	0	10	8	0	1	5	7
Mali	0	0	30	0	0	0	9	1
Marocco	3	15	154	115	3	21	137	107
Nigeria	0	1	111	33	1	3	78	19
Pakistan	1	7	114	18	3	7	29	5
Senegal	0	9	89	47	0	2	51	10
Sudan	0	0	2	4	0	0	3	3
Tunisia	0	3	44	81	0	4	43	87
Totale P-14	4	52	927	374	10	54	497	296
Totale NON-14	5806	20174	58254	64265	5501	18875	61357	73339
Totale	5810	20226	59181	64639	5511	18929	61854	73635

Tabella 13 Totale degli assistiti residenti nell'ASL Roma 6 al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	2	33	0	0	1	6	0
Algeria	1	3	32	61	0	3	43	33
Bangladesh	1	30	495	44	0	29	142	7
Costa d'Avorio	0	1	22	5	1	0	11	5
Eritrea	0	0	25	16	0	1	16	20
Guinea	0	2	34	3	0	2	7	0
Iraq	0	2	32	5	0	2	8	6
Mali	0	0	61	0	0	0	0	0
Marocco	2	34	520	316	4	34	403	213
Nigeria	0	8	217	48	1	3	201	62
Pakistan	4	70	495	94	3	49	179	28
Senegal	0	4	91	30	1	2	29	6
Sudan	0	0	8	4	0	0	3	4
Tunisia	0	13	254	508	2	10	188	401
Totale P-14	8	169	2319	1134	12	136	1236	785
Totale NON-14	11254	36103	105497	110978	10716	33963	108684	127834
Totale	11262	36272	107816	112112	10728	34099	109920	128619

Tabella 14 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Frosinone al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	45	0	0	0	3	0
Algeria	0	1	8	11	0	0	9	8
Bangladesh	0	3	182	8	0	4	28	0
Costa d'Avorio	0	1	80	2	0	1	6	2
Eritrea	0	1	10	23	0	3	12	25
Guinea	0	4	91	0	0	0	3	0
Iraq	0	2	7	5	0	0	2	2
Mali	1	3	213	1	0	0	2	0
Marocco	5	63	490	249	7	48	589	155
Nigeria	7	3	400	30	0	7	204	24
Pakistan	3	9	193	25	2	18	65	7
Senegal	0	0	133	5	0	0	4	4
Sudan	0	0	5	0	0	0	0	0
Tunisia	0	2	44	73	0	1	46	47
Totale P-14	16	93	1901	432	9	82	973	274
Totale NON-14	8729	26627	89501	101274	8281	25299	88496	116259
Totale	8745	26720	91402	101706	8290	25381	89469	116533

Tabella 15 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Latina al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	31	1	0	0	3	1
Algeria	0	2	58	66	1	1	43	33
Bangladesh	4	41	667	43	3	26	134	11
Costa d'Avorio	0	2	109	6	0	1	15	3
Eritrea	0	1	10	20	0	4	18	22
Guinea	0	1	79	4	0	2	15	3
Iraq	0	1	17	2	0	0	3	3
Mali	1	3	166	0	0	0	7	2
Marocco	2	32	329	217	6	31	426	156
Nigeria	1	8	442	38	0	8	244	39
Pakistan	5	44	288	44	3	37	119	12
Senegal	0	7	177	10	0	1	20	6
Sudan	1	1	4	1	0	0	2	1
Tunisia	1	11	220	822	0	11	197	740
Totale P-14	15	155	2597	1274	13	122	1246	1032
Totale NON-14	11050	33508	108095	112659	10374	31882	107314	129165
Totale	11065	33663	110692	113933	10387	32004	108560	130197

Tabella 16 Totale degli assistiti residenti nell'ASL di Rieti al 31/12/2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	249	6	0	0	3	0
Algeria	0	0	6	3	0	0	6	6
Bangladesh	2	2	78	1	0	2	24	0
Costa d'Avorio	0	1	42	0	0	2	13	3
Eritrea	0	1	17	1	1	3	12	9
Guinea	0	5	20	3	0	2	8	2
Iraq	0	1	33	5	0	0	2	1
Mali	0	0	54	0	0	0	1	0
Marocco	1	13	106	64	0	10	118	82
Nigeria	0	2	160	5	0	0	117	16
Pakistan	0	1	180	10	0	1	10	2
Senegal	0	1	44	1	0	0	3	1
Sudan	0	0	9	1	0	0	1	0
Tunisia	1	3	20	15	0	2	15	19
Totale P-14	4	31	1018	115	1	22	333	141
Totale NON-14	2397	7842	26276	34210	2188	7195	26352	38517
Totale	2401	7873	27294	34325	2189	7217	26685	38658

SEZIONE B

Accessi a Pronto soccorso e Punti di Primo Intervento per codice triage

Tabella 17 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	59	255	4485	1612	39	187	4293	1217
	1	0	2	91	62	0	5	48	29
	2	7	29	743	443	5	27	1021	388
	3	46	201	3191	1023	33	147	3035	729
	4	6	23	446	80	1	8	178	69
	5	0	0	14	4	0	0	11	2
Accessi NON - 14	Totale	36300	51905	122737	176254	29044	40779	152527	182089
	1	236	343	2614	11369	186	275	1657	9612
	2	5515	7258	25608	70510	4083	5213	35397	70859
	3	27420	42063	89293	87794	22303	33258	109529	94674
	4	3031	2159	4987	5889	2397	1956	5464	6363
	5	98	82	235	692	75	77	480	581

Tabella 18 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	9	46	809	258	7	27	680	217
	1	0	0	17	14	0	2	8	2
	2	1	9	140	67	2	3	153	65
	3	6	29	568	161	4	19	485	135
	4	2	8	82	16	1	3	31	14
	5	0	0	2	0	0	0	3	1
Accessi NON - 14	Totale	5537	8707	18472	27614	4474	6604	24732	31927
	1	23	57	405	1826	20	59	268	1730
	2	798	1055	3825	10811	582	717	5326	11452
	3	4094	7069	13104	13441	3350	5313	17637	16541
	4	620	517	1109	1475	521	512	1440	2135
	5	2	9	29	61	1	3	61	69

Tabella 19 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	16	101	1745	456	9	78	1633	363
	1	0	0	30	18	0	0	15	9
	2	2	8	253	103	1	9	335	77
	3	12	83	1273	314	8	66	1219	249
	4	2	10	181	21	0	3	63	28
	5	0	0	8	0	0	0	1	0
Accessi NON - 14	Totale	7818	10774	25162	36292	6120	8482	33199	39727
	1	47	54	479	2296	45	58	318	2166
	2	1209	1354	4127	12553	903	892	6005	13036
	3	5886	8935	19446	20048	4630	7146	25637	23143
	4	674	411	1053	1283	541	371	1172	1285
	5	2	20	57	112	1	15	67	97

Tabella 20 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	2	9	117	66	3	5	112	42
	1	0	0	3	0	0	0	4	2
	2	0	0	23	18	0	2	41	17
	3	2	8	84	45	3	3	58	19
	4	0	1	7	2	0	0	8	4
	5	0	0	0	1	0	0	1	0
Accessi NON - 14	Totale	2577	3668	6803	9452	2018	2871	7972	9177
	1	14	19	163	676	6	18	118	525
	2	326	501	1629	4038	250	343	2075	3818
	3	1792	2837	4723	4321	1444	2223	5442	4434
	4	442	307	267	362	316	283	305	341
	5	3	4	21	55	2	4	32	59

Tabella 21 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	0	21	329	196	2	20	278	120
	1	0	1	5	6	0	1	1	1
	2	0	4	63	57	0	5	98	45
	3	0	15	235	126	2	14	172	69
	4	0	1	26	7	0	0	7	5
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Accessi NON - 14	Totale	3606	5673	13797	18161	3004	4526	17115	17546
	1	28	51	272	1088	18	22	139	859
	2	491	849	3146	7743	397	652	4730	7565
	3	2833	4569	9879	8815	2384	3696	11760	8679
	4	253	199	492	473	203	153	475	418
	5	1	5	8	42	2	3	11	25

Tabella 22 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2019

Paesi	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	7	17	242	54	5	11	307	41
	1	0	1	11	3	0	0	1	1
	2	1	2	45	17	0	3	82	10
	3	6	14	161	31	5	8	207	30
	4	0	0	22	1	0	0	13	0
	5	0	0	3	2	0	0	4	0
Accessi NON - 14	Totale	3604	4384	11427	17359	3115	3475	13273	16226
	1	19	27	258	1141	20	24	115	849
	2	434	589	2798	7733	290	434	3697	7478
	3	3021	3667	7935	7808	2685	2916	8961	7384
	4	65	69	382	433	59	60	332	331
	5	65	32	54	244	61	41	168	184

Tabella 23 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	8	22	426	291	5	12	403	175
	1	0	0	4	12	0	2	4	7
	2	1	1	76	102	0	2	117	78
	3	7	20	299	160	5	8	262	83
	4	0	1	47	17	0	0	20	7
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Accessi NON - 14	Totale	3350	5104	14729	19647	2682	4162	17799	19434
	1	31	34	283	1106	18	23	201	872
	2	493	843	3070	8263	346	643	4960	8153
	3	2720	4152	10841	9807	2250	3427	12182	9940
	4	97	73	532	456	67	68	446	457
	5	9	2	3	15	1	1	10	12

Tabella 24 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	1	2	80	8	0	1	84	14
	1	0	0	3	0	0	0	3	2
	2	0	0	19	2	0	0	15	7
	3	1	2	57	6	0	1	62	4
	4	0	0	1	0	0	0	3	0
	5	0	0	0	0	0	0	1	1
Accessi NON - 14	Totale	617	1007	2895	5157	536	760	3084	4882
	1	11	8	61	437	6	11	60	397
	2	45	101	676	2262	43	84	755	2387
	3	533	886	2094	2343	465	656	2188	2019
	4	19	11	51	93	16	4	67	60
	5	9	1	13	22	6	5	14	19

Tabella 25 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nel Lazio. Secondo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	44	191	4584	1543	24	154	4072	1136
	1	0	1	79	46	0	0	42	32
	2	3	23	683	365	4	24	910	314
	3	30	131	2963	866	20	105	2601	641
	4	5	17	394	108	0	14	155	46
	5	0	0	10	3	0	0	23	4
	A	0	1	12	2	0	0	3	3
	B	0	2	38	31	0	0	35	13
	C	0	4	90	44	0	1	106	36
	D	6	11	255	63	0	8	172	37
	E	0	1	60	15	0	2	25	10
Accessi NON - 14	Totale	28036	44174	123754	176398	21939	34039	157740	185079
	1	164	341	2510	9346	134	257	1699	7748
	2	3618	6023	22797	59840	2588	4276	32975	61156
	3	19290	31679	80232	80506	15092	24394	102348	88843
	4	2285	1937	4160	5275	1898	1685	4816	5619
	5	44	70	230	647	29	48	501	525
	A	26	36	344	1432	20	40	250	1185
	B	224	304	1393	4474	200	207	1522	4285
	C	718	1089	4336	7375	567	883	5140	7736
	D	1604	2558	6935	6426	1349	2116	7580	6732
	E	63	137	817	1077	62	133	909	1250

Tabella 26 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 1. Secondo semestre 2019

Paese	Triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	6	27	862	246	8	25	606	201
	1	0	0	7	10	0	0	4	8
	2	0	1	142	57	3	4	125	39
	3	4	17	546	126	5	15	390	116
	4	1	6	86	26	0	4	31	13
	5	0	0	1	0	0	0	3	1
	A	0	0	5	0	0	0	1	0
	B	0	0	7	5	0	0	4	4
	C	0	1	16	6	0	0	19	8
	D	1	1	40	10	0	2	25	8
	E	0	1	12	6	0	0	4	4
Accessi NON - 14	Totale	4481	7434	18422	27774	3439	5544	25373	32846
	1	19	38	391	1451	13	62	255	1265
	2	456	919	3198	8997	333	579	4816	10178
	3	3275	5436	11756	12330	2480	4041	16412	15516
	4	501	514	892	1354	428	393	1236	1730
	5	3	7	16	55	0	2	67	66
	A	3	6	54	280	3	8	50	252
	B	21	45	190	663	16	26	192	661
	C	54	141	720	1238	39	109	799	1444
	D	135	296	978	1054	107	281	1259	1279
	E	14	32	227	352	20	43	287	455

Tabella 27 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 2. Secondo semestre 2019

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	13	86	1865	454	7	56	1536	311
	1	0	1	37	13	0	0	19	9
	2	1	12	260	90	0	7	315	55
	3	6	60	1249	281	7	41	1048	207
	4	3	6	148	27	0	5	44	14
	5	0	0	3	0	0	0	3	0
	A	0	0	4	0	0	0	1	1
	B	0	0	11	9	0	0	13	5
	C	0	3	36	8	0	1	40	7
	D	3	4	95	23	0	2	46	13
	E	0	0	22	3	0	0	7	0
Accessi NON - 14	Totale	6337	9066	25130	36585	4851	7046	34633	40554
	1	27	40	456	1947	27	35	302	1803
	2	830	1141	3815	10787	589	853	5978	11635
	3	4308	6663	17496	18899	3306	5171	24586	21983
	4	550	386	867	1185	446	359	981	1180
	5	3	18	63	126	3	16	83	108
	A	6	6	59	232	5	6	39	228
	B	55	71	284	826	48	50	287	882
	C	162	244	814	1341	117	173	911	1423
	D	380	460	1124	1022	300	361	1278	1051
	E	16	37	152	220	10	22	188	261

Tabella 28 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 4. Secondo semestre 2019

Paesi	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	4	3	94	53	3	6	126	46
	1	0	0	2	3	0	0	2	1
	2	0	0	19	9	1	0	24	19
	3	4	2	54	30	2	4	79	23
	4	0	0	7	3	0	1	4	0
	5	0	0	0	1	0	0	3	0
	A	0	0	0	0	0	0	1	0
	B	0	0	1	2	0	0	2	0
	C	0	0	3	2	0	0	3	1
	D	0	1	6	2	0	1	5	0
	E	0	0	2	1	0	0	3	2
Accessi NON - 14	Totale	1860	2934	6870	9657	1540	2311	8476	9462
	1	19	23	157	551	10	16	93	384
	2	219	395	1296	3342	180	243	1848	3153
	3	1233	2038	4053	3925	1011	1628	5109	4096
	4	292	223	272	278	240	207	298	288
	5	0	3	10	44	1	3	43	38
	A	3	2	28	136	2	1	21	98
	B	14	20	108	324	6	18	97	261
	C	25	62	304	538	32	60	374	566
	D	51	161	562	439	56	131	517	508
	E	4	7	80	80	2	4	76	70

Tabella 29 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 6. Secondo semestre 2019

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	3	16	304	172	1	12	311	122
	1	0	0	5	4	0	0	1	3
	2	0	3	57	42	0	4	96	43
	3	3	11	192	95	1	7	180	59
	4	0	1	15	7	0	0	9	6
	5	0	0	0	0	0	0	2	0
	A	0	0	0	1	0	0	0	0
	B	0	0	6	5	0	0	4	0
	C	0	0	2	11	0	0	7	6
	D	0	1	23	7	0	1	9	4
E	0	0	4	0	0	0	3	1	
Accessi NON - 14	Totale	2765	4743	13841	17970	2256	3647	17339	18120
	1	22	30	247	940	16	22	174	677
	2	419	714	2887	6516	284	562	4375	6588
	3	1843	3332	8903	7909	1529	2581	10695	8314
	4	160	141	339	365	159	128	383	419
	5	3	3	12	35	0	0	21	30
	A	2	5	39	147	2	5	25	102
	B	30	29	156	501	25	25	181	462
	C	96	146	451	815	72	92	660	822
	D	183	334	737	667	162	224	766	627
E	7	9	70	75	7	8	59	79	

Tabella 30 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Frosinone. Secondo semestre 2019

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	6	12	225	70	2	14	258	35
	1	0	0	3	2	0	0	1	0
	2	0	1	29	18	0	2	60	15
	3	4	8	140	37	2	10	147	17
	4	0	1	25	6	0	2	21	2
	5	0	0	5	0	0	0	7	0
	A	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	0	1	2	0	0	0	3	0
	C	0	0	6	3	0	0	7	1
	D	2	1	11	3	0	0	11	0
E	0	0	4	1	0	0	1	0	
Accessi NON - 14	Totale	2556	3811	11869	17491	2156	2973	13661	16362
	1	10	33	214	836	13	21	135	659
	2	243	544	2533	6719	161	341	3344	6323
	3	1892	2716	7306	7221	1606	2150	8069	6979
	4	28	69	350	383	38	42	350	318
	5	26	20	50	222	20	19	146	126
	A	4	1	33	126	0	6	12	98
	B	11	15	140	476	10	25	187	460
	C	66	87	382	714	44	71	475	681
	D	273	320	828	749	262	295	906	691
E	3	6	33	45	2	3	37	27	

Tabella 31 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Latina. Secondo semestre 2019

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	3	21	395	273	0	14	389	215
	1	0	0	6	8	0	0	4	5
	2	2	2	52	101	0	3	121	83
	3	1	19	272	146	0	11	246	122
	4	0	0	57	17	0	0	14	3
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	A	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	0	0	1	0	0	0	0	0
	C	0	0	4	1	0	0	0	2
	D	0	0	3	0	0	0	4	0
	E	0	0	0	0	0	0	0	0
Accessi NON - 14	Totale	2607	4456	15275	19566	2004	3455	18329	19147
	1	15	32	300	993	11	9	207	816
	2	398	718	3165	7830	276	565	5061	7562
	3	2023	3572	11066	9998	1588	2749	12311	10069
	4	81	78	497	519	64	86	473	511
	5	2	3	10	20	0	0	12	16
	A	0	0	8	17	0	1	3	2
	B	6	2	24	49	0	2	36	32
	C	27	10	78	78	25	12	102	75
	D	53	41	117	55	37	30	110	49
	E	2	0	10	7	3	1	14	15

Tabella 32 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Rieti. Secondo semestre 2019

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	0	3	76	10	0	2	85	14
	1	0	0	2	0	0	0	4	0
	2	0	0	15	2	0	1	11	2
	3	0	1	47	4	0	1	55	6
	4	0	1	3	1	0	0	3	0
	5	0	0	0	0	0	0	2	0
	A	0	0	1	0	0	0	0	0
	B	0	0	1	1	0	0	0	2
	C	0	0	2	0	0	0	3	3
	D	0	1	5	1	0	0	5	0
	E	0	0	0	1	0	0	2	1
Accessi NON - 14	Totale	440	874	2950	4896	382	613	3183	4932
	1	13	28	120	445	13	23	130	386
	2	32	108	502	1684	34	43	614	1868
	3	314	595	1793	1902	261	412	1878	1784
	4	12	11	58	84	8	14	66	87
	5	0	1	6	16	3	1	21	24
	A	0	2	15	54	1	0	18	52
	B	0	10	49	220	3	5	56	202
	C	11	17	121	205	10	18	130	212
	D	58	98	275	266	48	93	263	303
	E	0	4	11	20	1	4	7	14

Tabella 33 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	53	162	3160	1244	21	119	3415	920
	1	0	1	4	3	0	0	2	2
	2	2	2	32	28	1	5	55	31
	3	1	10	155	59	0	10	152	36
	4	0	0	15	13	1	0	5	0
	5	0	0	6	3	0	0	16	1
	A	0	1	71	49	1	0	40	29
	B	4	11	271	172	4	8	450	140
	C	11	39	804	387	2	21	1194	332
	D	34	82	1529	460	10	62	1397	303
E	1	16	273	70	2	13	104	46	
Accessi NON - 14	Totale	18252	28702	81131	133933	14698	22583	103261	128826
	1	8	11	95	502	8	6	92	414
	2	253	265	1169	3572	189	256	2001	3732
	3	1200	1955	4954	4616	911	1440	5946	5343
	4	79	68	208	264	53	52	233	282
	5	45	47	207	584	47	43	369	467
	A	118	211	2037	8755	93	153	1414	7248
	B	1366	1909	7493	27673	1040	1236	10780	25611
	C	4299	6769	23436	45880	3297	5199	34162	45066
	D	9940	16498	38955	38441	8290	13259	45527	37117
E	944	969	2577	3646	770	939	2737	3546	

Tabella 34 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	10	38	582	185	3	22	459	174
	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	2	0	0	10	6	0	1	5	5
	3	0	1	25	4	0	1	29	11
	4	0	0	1	1	0	0	3	0
	5	0	0	3	0	0	0	1	1
	A	0	0	15	7	0	0	4	3
	B	1	1	65	28	0	3	55	22
	C	1	8	139	55	0	5	166	60
	D	8	19	260	74	3	9	177	62
E	0	8	63	10	0	3	19	10	
Accessi NON - 14	Totale	2818	4632	11923	20401	2249	3653	15982	21734
	1	0	2	23	79	2	1	14	75
	2	56	46	173	659	48	49	352	704
	3	314	424	718	708	232	312	1103	1002
	4	16	10	16	25	9	14	49	29
	5	2	5	19	58	2	8	47	56
	A	5	29	355	1503	18	23	204	1321
	B	189	302	1071	3939	137	195	1510	3880
	C	506	956	3417	7041	411	706	5051	7292
	D	1539	2620	5543	5506	1240	2131	6928	6255
E	191	238	588	883	150	214	724	1120	

Tabella 35 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	27	49	1212	369	8	49	1332	255
	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	2	2	0	7	3	0	2	18	4
	3	0	1	49	11	0	2	54	7
	4	0	0	3	0	1	0	1	0
	5	0	0	3	1	0	0	7	0
	A	0	0	32	16	0	0	18	9
	B	1	5	129	66	2	3	212	47
	C	5	12	328	111	2	13	494	95
	D	18	26	566	139	2	23	496	81
E	1	5	94	22	1	6	32	12	
Accessi NON - 14	Totale	4020	6006	16170	27610	3259	4685	22846	28305
	1	0	0	6	68	2	0	12	78
	2	35	27	106	413	33	26	260	448
	3	120	146	526	641	88	118	912	773
	4	20	9	12	18	16	7	20	15
	5	8	9	39	108	8	5	55	105
	A	25	40	429	2050	16	31	314	1844
	B	360	476	1840	7007	251	313	2921	6921
	C	986	1713	5517	9761	812	1298	8233	10201
	D	2207	3372	7194	6785	1828	2686	9552	7176
E	259	214	501	759	205	201	567	744	

Tabella 36 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	0	5	74	32	1	3	61	44
	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	0	0	1	0
	3	0	0	1	2	0	0	3	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	A	0	0	2	2	0	0	1	2
	B	0	0	5	6	0	0	8	2
	C	0	2	23	10	0	1	25	16
	D	0	3	36	9	0	1	21	15
E	0	0	7	2	1	1	2	9	
Accessi NON - 14	Totale	1229	2115	4587	7272	1027	1634	5526	6480
	1	2	2	5	30	0	0	5	23
	2	14	11	40	170	16	6	86	124
	3	82	81	152	147	66	61	287	156
	4	12	13	6	1	8	6	7	4
	5	3	1	12	26	0	1	22	11
	A	5	9	134	524	1	10	83	378
	B	79	130	415	1387	64	62	503	1171
	C	263	523	1374	2686	227	345	1974	2395
	D	657	1233	2259	2060	556	1024	2341	1991
E	112	112	190	241	89	119	218	227	

Tabella 37 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	0	12	232	133	0	8	250	106
	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	6	8	0	0	6	2
	3	0	1	17	9	0	2	4	2
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	A	0	0	10	5	0	0	0	8
	B	0	2	6	15	0	1	25	26
	C	0	2	60	45	0	0	101	30
	D	0	6	125	45	0	5	107	33
E	0	1	8	6	0	0	7	5	
Accessi NON - 14	Totale	1923	2981	9091	13872	1493	2387	11281	12556
	1	2	0	9	49	1	1	4	32
	2	28	32	180	434	13	32	229	509
	3	62	236	588	520	38	149	573	595
	4	6	5	23	32	2	2	25	40
	5	0	2	24	41	1	6	31	28
	A	10	17	217	759	10	9	122	556
	B	139	191	740	2591	110	119	1087	2335
	C	538	747	2707	5010	385	606	4173	4574
	D	1062	1661	4357	4128	884	1378	4838	3663
E	76	90	246	308	49	85	199	224	

Tabella 38 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	1	7	155	51	3	3	227	22
	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	1	1	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0	2	0
	A	0	0	1	2	0	0	0	1
	B	0	1	10	5	0	0	24	3
	C	0	2	38	17	0	0	69	8
	D	1	4	89	24	3	2	125	7
E	0	0	15	2	0	1	7	3	
Accessi NON - 14	Totale	1603	2387	7388	12580	1328	1924	8728	11072
	1	1	0	2	7	0	0	4	1
	2	3	2	22	52	2	4	47	35
	3	14	21	73	55	8	17	93	66
	4	0	1	2	7	0	0	2	3
	5	24	17	47	217	25	11	103	145
	A	12	21	134	635	13	15	90	478
	B	56	109	720	2811	59	70	904	2339
	C	304	446	1980	4278	219	373	2846	4183
	D	1177	1746	4192	4241	987	1396	4465	3647
E	12	24	216	277	15	38	174	175	

Tabella 39 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	5	18	268	246	2	10	332	139
	1	0	0	1	3	0	0	1	2
	2	0	2	7	8	0	2	21	17
	3	1	7	54	30	0	5	48	15
	4	0	0	11	12	0	0	1	0
	5	0	0	0	2	0	0	1	0
	A	0	0	1	5	0	0	6	1
	B	1	1	12	25	2	0	36	13
	C	0	3	48	72	0	0	75	58
	D	3	5	115	78	0	3	136	32
E	0	0	19	11	0	0	7	1	
Accessi NON - 14	Totale	1706	2919	10590	15570	1352	2310	12569	14136
	1	2	6	42	225	3	2	45	177
	2	84	123	563	1542	51	112	822	1623
	3	459	915	2519	2198	342	688	2349	2381
	4	7	12	141	171	4	9	113	180
	5	2	2	16	27	3	3	20	22
	A	15	16	164	675	7	16	188	495
	B	84	137	571	1959	62	108	1197	1682
	C	372	524	2080	4474	278	429	3013	4069
	D	656	1172	4323	4080	575	924	4685	3374
E	25	12	171	219	27	19	137	133	

Tabella 40 Totale accessi in PS e PPI per triage dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2020

Paese	Codice triage	Maschi				Femmine			
		< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Accessi P - 14	Totale	1	1	72	7	0	2	72	17
	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	3	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	A	0	1	0	0	0	0	5	0
	B	0	0	7	2	0	0	8	3
	C	0	0	29	1	0	0	27	8
	D	1	0	31	4	0	2	27	5
E	0	0	5	0	0	0	2	1	
Accessi NON - 14	Totale	312	506	1884	3854	270	391	1953	3377
	1	1	0	1	4	0	1	0	3
	2	0	1	4	21	1	3	7	12
	3	4	3	24	11	6	1	33	15
	4	0	0	1	1	0	0	2	1
	5	2	2	2	5	4	0	8	7
	A	7	5	58	335	3	6	48	267
	B	11	28	249	1184	8	18	262	1082
	C	47	93	449	1035	38	83	618	985
	D	237	368	1060	1201	202	274	930	963
E	3	6	36	57	8	5	45	42	

Tabella 41 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nel Lazio. 1° semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	4	147	6	1	3	19	5
Algeria	0	4	58	71	1	3	95	59
Bangladesh	23	119	2011	193	11	84	1383	47
C. d'Avorio	0	2	68	10	0	2	45	1
Eritrea	2	6	114	41	1	1	64	75
Guinea	0	6	90	6	0	1	31	8
Iraq	0	4	62	16	0	2	10	5
Mali	0	3	117	4	1	2	11	1
Marocco	14	45	579	356	12	47	1143	341
Nigeria	6	5	347	69	3	7	761	95
Pakistan	7	35	363	112	5	20	259	26
Senegal	2	8	249	55	0	4	113	19
Sudan	1	0	23	8	0	0	26	5
Tunisia	4	14	257	665	4	11	333	530
Totale P-14	59	255	4485	1612	39	187	4293	1217
Totale NON-14	36300	51905	122737	176254	29044	40779	152527	182089
Totale	36359	52160	127222	177866	29083	40966	156820	183306

Tabella 42 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	68	3	1	0	1	4
Algeria	0	0	16	14	1	0	11	7
Bangladesh	6	30	417	43	4	14	302	8
C. d'Avorio	0	0	8	4	0	0	11	0
Eritrea	1	2	46	14	0	0	30	34
Guinea	0	2	8	3	0	1	4	2
Iraq	0	3	17	5	0	2	2	3
Mali	0	0	16	3	1	0	3	0
Marocco	1	6	67	53	0	4	123	64
Nigeria	0	0	21	2	0	3	52	9
Pakistan	0	1	38	19	0	1	32	2
Senegal	1	1	52	20	0	0	46	6
Sudan	0	0	3	2	0	0	11	2
Tunisia	0	1	32	73	0	2	52	76
Totale P-14	9	46	809	258	7	27	680	217
Totale NON-14	5537	8707	18472	27614	4474	6604	24732	31927
Totale	5546	8753	19281	27872	4481	6631	25412	32144

Tabella 43 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	53	2	0	1	8	0
Algeria	0	0	17	17	0	0	25	22
Bangladesh	13	66	1082	104	7	53	797	29
Costa d'Avorio	0	2	14	0	0	2	10	0
Eritrea	0	0	50	19	0	0	24	22
Guinea	0	0	20	1	0	0	7	2
Iraq	0	0	17	8	0	0	3	1
Mali	0	1	27	0	0	0	3	1
Marocco	0	8	116	65	2	16	267	121
Nigeria	0	4	98	29	0	0	304	42
Pakistan	1	7	87	33	0	5	66	12
Senegal	0	5	81	21	0	0	27	2
Sudan	0	0	8	3	0	0	11	1
Tunisia	2	5	75	154	0	1	81	108
Totale P-14	16	101	1745	456	9	78	1633	363
Totale NON-14	7818	10774	25162	36292	6120	8482	33199	39727
Totale	7834	10875	26907	36748	6129	8560	34832	40090

Tabella 44 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	1	0	0	0	0
Algeria	0	0	6	4	0	0	5	2
Bangladesh	0	3	29	2	0	0	11	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	5	0
Eritrea	0	0	7	0	0	0	2	2
Guinea	0	0	0	0	0	0	1	1
Iraq	0	0	5	0	0	0	0	0
Mali	0	0	2	0	0	2	1	0
Marocco	2	2	21	26	1	1	45	9
Nigeria	0	0	10	4	1	0	17	1
Pakistan	0	4	14	11	1	0	2	0
Senegal	0	0	13	5	0	0	12	4
Sudan	0	0	2	0	0	0	1	0
Tunisia	0	0	7	13	0	2	10	23
Totale P-14	2	9	117	66	3	5	112	42
Totale NON-14	2577	3668	6803	9452	2018	2871	7972	9177
Totale	2579	3677	6920	9518	2021	2876	8084	9219

Tabella 45 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	6	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	4	7	0	2	9	4
Bangladesh	0	1	50	9	0	2	19	0
Costa d'Avorio	0	0	7	1	0	0	4	1
Eritrea	0	0	1	1	0	0	0	0
Guinea	0	2	8	0	0	0	6	0
Iraq	0	0	5	0	0	0	0	1
Mali	0	0	5	0	0	0	0	0
Marocco	0	7	83	58	0	7	95	33
Nigeria	0	0	22	7	2	0	54	14
Pakistan	0	9	72	13	0	6	46	2
Senegal	0	1	11	2	0	0	1	0
Sudan	0	0	6	1	0	0	0	0
Tunisia	0	0	49	97	0	3	44	65
Totale P-14	0	21	329	196	2	20	278	120
Totale NON-14	3606	5673	13797	18161	3004	4526	17115	17546
Totale	3606	5694	14126	18357	3006	4546	17393	17666

Tabella 46 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	5	0
Algeria	0	1	0	0	0	0	1	1
Bangladesh	0	2	16	0	0	0	1	0
Costa d'Avorio	0	0	9	1	0	0	1	0
Eritrea	0	0	0	1	0	1	3	2
Guinea	0	0	14	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	4	0	0	0	0	0
Mali	0	2	31	0	0	0	0	0
Marocco	6	10	74	32	5	8	195	22
Nigeria	0	0	55	5	0	0	80	5
Pakistan	1	0	16	6	0	0	6	1
Senegal	0	0	20	0	0	2	1	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	2	1	9	0	0	14	10
Totale P-14	7	17	242	54	5	11	307	41
Totale NON-14	3604	4384	11427	17359	3115	3475	13273	16226
Totale	3611	4401	11669	17413	3120	3486	13580	16267

Tabella 47 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	1	0
Algeria	0	0	7	12	0	1	10	9
Bangladesh	0	0	109	5	0	1	39	1
Costa d'Avorio	0	0	16	0	0	0	1	0
Eritrea	0	2	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	20	1	0	0	7	1
Iraq	0	0	2	0	0	0	0	0
Mali	0	0	20	0	0	0	3	0
Marocco	2	6	50	49	2	3	134	25
Nigeria	0	0	52	5	0	3	69	2
Pakistan	5	11	78	15	3	3	74	4
Senegal	0	1	32	5	0	0	8	0
Sudan	1	0	0	1	0	0	0	0
Tunisia	0	2	38	198	0	1	57	133
Totale P-14	8	22	426	291	5	12	403	175
Totale NON-14	3350	5104	14729	19647	2682	4162	17799	19434
Totale	3358	5126	15155	19938	2687	4174	18202	19609

Tabella 48 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	6	0	0	0	4	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	4	1
Bangladesh	0	0	9	0	0	0	1	0
Costa d'Avorio	0	0	4	0	0	0	5	0
Eritrea	0	0	0	1	0	0	0	0
Guinea	0	2	5	0	0	0	1	0
Iraq	0	0	3	0	0	0	0	0
Mali	0	0	6	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	13	5	0	1	27	8
Nigeria	1	0	16	0	0	0	38	3
Pakistan	0	0	12	2	0	0	0	0
Senegal	0	0	1	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	1	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	4	0	0	0	4	2
Totale P-14	1	2	80	8	0	1	84	14
Totale NON-14	617	1007	2895	5157	536	760	3084	4882
Totale	618	1009	2975	5165	536	761	3168	4896

Tabella 49 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nel Lazio. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	116	3	1	0	32	2
Algeria	0	1	80	80	2	3	100	46
Bangladesh	17	93	2183	198	13	72	1426	64
Costa d'Avorio	0	6	52	9	0	1	35	3
Eritrea	1	2	82	45	0	0	73	70
Guinea	0	5	62	8	0	0	32	5
Iraq	0	0	41	17	0	4	11	6
Mali	0	2	88	5	0	1	12	1
Marocco	15	45	664	355	3	49	946	279
Nigeria	1	2	335	42	1	4	720	75
Pakistan	6	26	403	90	2	13	245	16
Senegal	1	1	203	49	1	2	134	14
Sudan	2	0	30	9	0	0	15	4
Tunisia	1	5	245	633	1	5	291	551
Totale P-14	44	191	4584	1543	24	154	4072	1136
Totale NON-14	28036	44174	123754	176398	21939	34039	157740	185079
Totale	28080	44365	128338	177941	21963	34193	161812	186215

Tabella 50 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 1. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	44	2	1	0	9	1
Algeria	0	0	15	15	0	0	9	10
Bangladesh	2	12	508	54	7	18	282	10
Costa d'Avorio	0	4	10	3	0	1	11	1
Eritrea	1	0	34	18	0	0	31	34
Guinea	0	0	10	1	0	0	3	2
Iraq	0	0	12	10	0	4	2	0
Mali	0	0	14	2	0	0	4	0
Marocco	3	8	70	29	0	0	101	55
Nigeria	0	1	30	10	0	1	38	12
Pakistan	0	1	34	16	0	0	26	1
Senegal	0	0	44	14	0	0	51	2
Sudan	0	0	8	3	0	0	7	1
Tunisia	0	1	29	69	0	1	32	72
Totale P-14	6	27	862	246	8	25	606	201
Totale NON-14	4481	7434	18422	27774	3439	5544	25373	32846
Totale	4487	7461	19284	28020	3447	5569	25979	33047

Tabella 51 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 2. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	2	37	0	0	0	9	0
Algeria	0	0	21	14	2	1	37	16
Bangladesh	11	63	1174	107	3	39	778	41
C. d'Avorio	0	2	10	1	0	0	10	1
Eritrea	0	0	37	16	0	0	23	22
Guinea	0	0	14	2	0	0	4	3
Iraq	0	0	10	3	0	0	3	1
Mali	0	2	24	2	0	0	1	1
Marocco	0	7	151	98	0	15	195	74
Nigeria	0	1	106	18	0	0	299	36
Pakistan	2	6	133	28	2	1	68	6
Senegal	0	0	90	26	0	0	41	3
Sudan	0	0	14	4	0	0	6	1
Tunisia	0	3	44	135	0	0	62	106
Totale P-14	13	86	1865	454	7	56	1536	311
Totale NON-14	6337	9066	25130	36585	4851	7046	34633	40554
Totale	6350	9152	26995	37039	4858	7102	36169	40865

Tabella 52 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 4. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	2	0
Algeria	0	1	5	6	0	1	10	0
Bangladesh	0	0	23	1	3	1	8	1
C. d'Avorio	0	0	1	0	0	0	1	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	10	3
Guinea	0	0	1	0	0	0	5	0
Iraq	0	0	2	1	0	0	0	1
Mali	0	0	3	0	0	1	3	0
Marocco	3	2	19	19	0	3	26	14
Nigeria	0	0	6	0	0	0	27	0
Pakistan	1	0	11	0	0	0	10	1
Senegal	0	0	10	4	0	0	16	2
Sudan	0	0	2	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	7	22	0	0	8	24
Totale P-14	4	3	94	53	3	6	126	46
Totale NON-14	1860	2934	6870	9657	1540	2311	8476	9462
Totale	1864	2937	6964	9710	1543	2317	8602	9508

Tabella 53 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 6. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	2	0	0	0	6	0
Algeria	0	0	9	8	0	0	5	5
Bangladesh	0	0	48	3	0	1	33	0
Costa d'Avorio	0	0	2	1	0	0	0	1
Eritrea	0	0	3	5	0	0	0	2
Guinea	0	4	8	0	0	0	1	0
Iraq	0	0	3	0	0	0	4	3
Mali	0	0	6	0	0	0	0	0
Marocco	2	4	81	55	0	7	88	28
Nigeria	0	0	20	1	1	0	55	8
Pakistan	1	7	54	12	0	4	63	4
Senegal	0	0	15	0	0	0	2	0
Sudan	0	0	3	0	0	0	1	0
Tunisia	0	0	50	87	0	0	53	71
Totale P-14	3	16	304	172	1	12	311	122
Totale NON-14	2765	4743	13841	17970	2256	3647	17339	18120
Totale	2768	4759	14145	18142	2257	3659	17650	18242

Tabella 54 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Frosinone. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	1	0	0	0	1	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	5	0
Bangladesh	0	0	25	0	0	2	6	0
Costa d'Avorio	0	0	11	2	0	0	4	0
Eritrea	0	0	0	4	0	0	1	0
Guinea	0	0	6	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	1
Mali	0	0	12	1	0	0	0	0
Marocco	5	12	90	36	2	9	154	25
Nigeria	0	0	36	1	0	0	61	0
Pakistan	1	0	34	10	0	3	15	0
Senegal	0	0	6	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	4	15	0	0	11	9
Totale P-14	6	12	225	70	2	14	258	35
Totale NON-14	2556	3811	11869	17491	2156	2973	13661	16362
Totale	2562	3823	12094	17561	2158	2987	13919	16397

Tabella 55 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Latina. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	1
Algeria	0	0	7	6	0	0	16	6
Bangladesh	0	4	86	7	0	1	41	2
C. d'Avorio	0	0	2	0	0	0	3	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	4	0
Guinea	0	0	13	0	0	0	8	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	18	0	0	0	2	0
Marocco	0	6	73	41	0	5	146	39
Nigeria	0	0	53	1	0	2	67	4
Pakistan	1	10	69	11	0	2	37	1
Senegal	0	1	13	2	0	0	5	2
Sudan	2	0	1	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	56	205	0	4	60	160
Totale P-14	3	21	395	273	0	14	389	215
Totale NON-14	2607	4456	15275	19566	2004	3455	18329	19147
Totale	2610	4477	15670	19839	2004	3469	18718	19362

Tabella 56 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Rieti. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	9	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	1	0	0	2	0
Bangladesh	0	0	7	0	0	0	2	0
C. d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	3	0	0	0	2	0
Guinea	0	1	1	0	0	0	3	0
Iraq	0	0	3	0	0	0	0	0
Mali	0	0	1	0	0	0	0	0
Marocco	0	1	21	6	0	2	26	7
Nigeria	0	0	13	0	0	0	45	2
Pakistan	0	1	8	0	0	0	0	1
Senegal	0	0	3	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	5	3	0	0	5	4
Totale P-14	0	3	76	10	0	2	85	14
Totale NON-14	440	874	2950	4896	382	613	3183	4932
Totale	440	877	3026	4906	382	615	3268	4946

Tabella 57 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	2	119	3	0	1	27	0
Algeria	0	6	71	69	0	3	54	39
Bangladesh	31	76	1355	149	13	65	1277	34
C. d'Avorio	0	1	45	7	0	1	39	7
Eritrea	3	2	55	27	0	2	49	66
Guinea	0	0	32	5	0	0	28	6
Iraq	0	2	40	15	0	2	2	2
Mali	0	0	61	6	0	0	12	1
Marocco	6	25	468	257	3	14	786	236
Nigeria	0	5	225	65	1	5	593	50
Pakistan	9	28	311	56	4	15	214	17
Senegal	0	5	143	39	0	1	104	8
Sudan	2	1	24	10	0	0	15	7
Tunisia	2	9	211	536	0	10	215	447
Totale P-14	53	162	3160	1244	21	119	3415	920
Totale NON-14	18252	28702	81131	133933	14698	22583	103261	128826
Totale	18305	28864	84291	135177	14719	22702	106676	129746

Tabella 58 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	32	0	0	0	5	0
Algeria	0	6	14	8	0	2	3	7
Bangladesh	6	22	332	24	3	12	245	3
C. d'Avorio	0	0	5	4	0	0	3	1
Eritrea	3	2	21	13	0	2	7	20
Guinea	0	0	8	2	0	0	5	1
Iraq	0	1	9	7	0	1	1	0
Mali	0	0	19	5	0	0	4	0
Marocco	1	4	41	29	0	1	82	62
Nigeria	0	0	24	3	0	2	24	11
Pakistan	0	3	22	11	0	1	18	3
Senegal	0	0	16	14	0	0	30	3
Sudan	0	0	0	1	0	0	6	4
Tunisia	0	0	39	64	0	1	26	59
Totale P-14	10	38	582	185	3	22	459	174
Totale NON-14	2818	4632	11923	20401	2249	3653	15982	21734
Totale	2828	4670	12505	20586	2252	3675	16441	21908

Tabella 59 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	2	44	2	0	0	16	0
Algeria	0	0	20	24	0	0	14	9
Bangladesh	21	34	696	87	8	40	705	21
C.d'Avorio	0	0	15	0	0	1	13	0
Eritrea	0	0	28	8	0	0	29	28
Guinea	0	0	12	1	0	0	2	2
Iraq	0	0	15	7	0	0	1	2
Mali	0	0	17	1	0	0	1	1
Marocco	0	4	97	77	0	1	175	57
Nigeria	0	2	73	34	0	0	234	26
Pakistan	6	3	79	14	0	7	45	4
Senegal	0	3	60	14	0	0	27	2
Sudan	0	1	17	2	0	0	8	1
Tunisia	0	0	39	98	0	0	62	102
Totale P-14	27	49	1212	369	8	49	1332	255
Totale NON-14	4020	6006	16170	27610	3259	4685	22846	28305
Totale	4047	6055	17382	27979	3267	4734	24178	28560

Tabella 60 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2020

Paesi	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	1	0	0	0	0
Algeria	0	0	4	8	0	0	4	1
Bangladesh	0	3	26	1	1	0	9	0
C. d'Avorio	0	0	1	1	0	0	2	1
Eritrea	0	0	0	2	0	0	0	10
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	1	0	0	0	0
Mali	0	0	3	0	0	0	4	0
Marocco	0	1	12	10	0	3	12	7
Nigeria	0	0	8	2	0	0	2	1
Pakistan	0	1	6	0	0	0	13	0
Senegal	0	0	7	1	0	0	11	2
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	5	5	0	0	4	22
Totale P-14	0	5	74	32	1	3	61	44
Totale NON-14	1229	2115	4587	7272	1027	1634	5526	6480
Totale	1229	2120	4661	7304	1028	1637	5587	6524

Tabella 61 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2020

Paesi	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	7	0	0	0	3	0
Algeria	0	0	6	8	0	1	7	4
Bangladesh	0	3	31	5	0	1	27	0
C. d'Avorio	0	0	3	0	0	0	4	2
Eritrea	0	0	0	2	0	0	3	0
Guinea	0	0	0	1	0	0	2	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	3	0	0	0	0	0
Marocco	0	4	54	25	0	0	67	22
Nigeria	0	0	21	8	0	1	53	7
Pakistan	0	4	55	11	0	5	41	2
Senegal	0	0	4	2	0	0	6	0
Sudan	0	0	4	1	0	0	0	0
Tunisia	0	1	43	70	0	0	37	69
Totale P-14	0	12	232	133	0	8	250	106
Totale NON-14	1923	2981	9091	13872	1493	2387	11281	12556
Totale	1923	2993	9323	14005	1493	2395	11531	12662

Tabella 62 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	2	0	0	1	1
Bangladesh	0	1	17	2	0	0	9	0
C. d'Avorio	0	0	6	0	0	0	2	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	7	0
Guinea	0	0	3	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	7	0	0	0	1	0
Marocco	1	4	69	27	3	3	122	14
Nigeria	0	0	18	4	0	0	68	0
Pakistan	0	0	18	3	0	0	13	0
Senegal	0	0	7	0	0	0	2	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	2	7	13	0	0	2	7
Totale P-14	1	7	155	51	3	3	227	22
Totale NON-14	1603	2387	7388	12580	1328	1924	8728	11072
Totale	1604	2394	7543	12631	1331	1927	8955	11094

Tabella 63 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	8	2	0	0	7	3
Bangladesh	1	3	75	4	0	1	36	1
C.d'Avorio	0	0	8	0	0	0	6	2
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	1
Guinea	0	0	2	0	0	0	10	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	8	0	0	0	0	0
Marocco	1	1	45	30	0	1	111	19
Nigeria	0	0	25	2	0	0	65	0
Pakistan	3	11	58	6	2	2	49	4
Senegal	0	0	13	2	0	0	9	1
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	3	24	200	0	6	39	108
Totale P-14	5	18	268	246	2	10	332	139
Totale NON-14	1706	2919	10590	15570	1352	2310	12569	14136
Totale	1711	2937	10858	15816	1354	2320	12901	14275

Tabella 64 Totale accessi in PS e PPI dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	17	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	2	0	0	0	2	0
Bangladesh	0	0	4	1	0	0	4	0
C. d'Avorio	0	0	2	0	0	0	2	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	2
Guinea	0	0	2	0	0	0	5	1
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	3	0	0	0	0	0
Marocco	1	0	10	1	0	1	29	12
Nigeria	0	0	7	2	0	0	26	2
Pakistan	0	0	16	1	0	0	4	0
Senegal	0	0	3	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	5	2	0	1	0	0
Totale P-14	1	1	72	7	0	2	72	17
Totale NON-14	312	506	1884	3854	270	391	1953	3377
Totale	313	507	1956	3861	270	393	2025	3394

SEZIONE C

Accesso ai Servizi Ambulatoriali

Tabella 65 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	15	104	1484	200	1	16	1080	62
Algeria	0	8	980	1793	0	24	2612	2364
Bangladesh	55	1825	37305	5138	114	911	45626	2151
Costa d'Avorio	0	34	1703	654	63	79	1454	282
Eritrea	10	19	1636	2462	3	13	3099	6362
Guinea	0	145	1826	428	2	25	1134	350
Iraq	23	269	721	933	0	152	569	554
Mali	0	30	1732	157	0	0	389	101
Marocco	31	379	6208	11572	572	594	27572	15214
Nigeria	29	125	8279	2764	16	70	19624	3571
Pakistan	2	245	4111	2260	2	302	6281	919
Senegal	0	123	4311	1667	2	77	2708	692
Sudan	0	6	375	372	0	0	574	538
Tunisia	29	116	2890	27092	1	105	6977	32730
Totale P-14	194	3428	73561	57492	776	2368	119699	65890
Totale NON-14	228600	559306	2374919	10410763	192708	577080	5503119	13710179
Totale	228794	562734	2448480	10468255	193484	579448	5622818	13776069

Tabella 66 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	600	77	0	0	221	49
Algeria	0	2	193	297	0	0	310	375
Bangladesh	3	140	9456	1142	76	224	8810	380
Costa d'Avorio	0	3	94	100	42	20	393	17
Eritrea	9	3	543	653	3	0	1166	1798
Guinea	0	0	237	150	0	0	331	70
Iraq	22	210	196	352	0	130	122	220
Mali	0	0	289	80	0	0	21	34
Marocco	0	58	498	1967	0	29	3092	2448
Nigeria	0	84	913	387	0	2	1267	692
Pakistan	0	33	361	317	0	34	475	178
Senegal	0	10	686	313	0	11	986	238
Sudan	0	3	138	157	0	0	247	220
Tunisia	0	2	323	3054	0	1	1192	5350
Totale P-14	34	548	14527	9046	121	451	18633	12069
Totale NON-14	23655	87504	410016	1757761	20238	91804	978266	2535307
Totale	23689	88052	424543	1766807	20359	92255	996899	2547376

Tabella 67 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	15	70	549	62	1	15	495	0
Algeria	0	0	188	471	0	4	879	758
Bangladesh	40	590	19859	2892	28	523	26949	1293
Costa d'Avorio	0	26	281	164	0	59	455	44
Eritrea	0	14	728	826	0	3	1366	2496
Guinea	0	29	359	45	0	7	69	174
Iraq	0	57	271	392	0	20	276	219
Mali	0	18	420	43	0	0	57	37
Marocco	0	40	1426	2715	568	53	6942	4903
Nigeria	0	22	2662	1129	2	4	7451	1352
Pakistan	0	52	1367	945	0	78	1792	308
Senegal	0	81	1362	692	2	41	789	128
Sudan	0	0	114	48	0	0	230	55
Tunisia	2	16	872	5841	0	42	1705	7464
Totale P-14	57	1015	30458	16265	601	849	49455	19231
Totale NON-14	95103	131506	564485	2405346	85649	138113	1309731	3390343
Totale	95160	132521	594943	2421611	86250	138962	1359186	3409574

Tabella 68 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2019

Paesi	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	4	27	0	0	9	0
Algeria	0	0	74	125	0	0	365	49
Bangladesh	0	9	425	114	2	2	358	7
Costa d'Avorio	0	3	4	112	0	0	118	9
Eritrea	0	0	86	27	0	0	16	237
Guinea	0	0	12	32	0	0	119	15
Iraq	0	0	4	1	0	0	4	17
Mali	0	0	44	0	0	0	80	0
Marocco	13	8	290	422	4	5	831	480
Nigeria	0	0	135	173	14	1	679	259
Pakistan	1	4	244	74	0	1	19	12
Senegal	0	0	167	67	0	0	372	146
Sudan	0	0	6	38	0	0	47	77
Tunisia	0	0	145	587	0	0	368	985
Totale P-14	14	24	1640	1799	20	9	3385	2293
Totale NON-14	10629	31701	119380	555246	7644	36340	289946	685419
Totale	10643	31725	121020	557045	7664	36349	293331	687712

Tabella 69. Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	34	0	0	0	103	0
Algeria	0	4	39	133	0	3	237	106
Bangladesh	0	20	746	192	0	32	857	9
Costa d'Avorio	0	0	59	15	21	0	61	63
Eritrea	0	0	11	172	0	0	21	141
Guinea	0	40	43	97	0	0	35	0
Iraq	1	0	73	28	0	0	120	50
Mali	0	0	90	0	0	0	0	0
Marocco	0	54	839	1085	0	165	2837	1804
Nigeria	18	2	411	134	0	0	1426	343
Pakistan	1	68	658	204	1	48	1395	65
Senegal	0	0	106	137	0	0	83	25
Sudan	0	0	44	2	0	0	2	44
Tunisia	0	16	530	4206	0	12	1115	3971
Totale P-14	20	204	3683	6405	22	260	8292	6621
Totale NON-14	20728	65533	247690	995910	16897	65744	574154	1244827
Totale	20748	65737	251373	1002315	16919	66004	582446	1251448

Tabella 70 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	22	0	0	32	132
Bangladesh	0	0	227	0	0	0	129	0
Costa d'Avorio	0	0	310	25	0	0	69	31
Eritrea	0	0	3	418	0	0	11	527
Guinea	0	5	298	0	0	0	48	0
Iraq	0	0	11	0	0	0	10	0
Mali	0	1	239	0	0	0	0	0
Marocco	0	110	731	945	0	94	3884	735
Nigeria	0	1	878	182	0	0	1621	152
Pakistan	0	0	233	135	1	12	262	3
Senegal	0	0	332	24	0	9	0	6
Sudan	0	0	2	20	0	0	0	0
Tunisia	0	0	44	395	0	0	246	439
Totale P-14	0	117	3310	2166	1	115	6312	2025
Totale NON-14	16021	42634	178922	838468	12877	44185	431725	1026827
Totale	16021	42751	182232	840634	12878	44300	438037	1028852

Tabella 71 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	14	0	0	0	16	13
Algeria	0	0	252	64	0	1	223	256
Bangladesh	0	1	1051	145	1	8	736	73
Costa d'Avorio	0	0	430	5	0	0	22	16
Eritrea	0	0	0	105	0	5	70	59
Guinea	0	0	265	1	0	0	129	23
Iraq	0	0	19	0	0	0	1	25
Mali	0	0	334	0	0	0	79	1
Marocco	2	31	574	1147	0	80	2442	975
Nigeria	0	0	933	303	0	35	1826	116
Pakistan	0	53	261	180	0	33	1044	42
Senegal	0	18	848	11	0	0	98	30
Sudan	0	3	1	37	0	0	34	1
Tunisia	0	43	252	8120	0	0	785	8206
Totale P-14	2	152	5234	10118	1	162	7505	9836
Totale NON-14	17461	55131	232782	1073533	14093	52707	504214	1289292
Totale	17463	55283	238016	1083651	14094	52869	511719	1299128

Tabella 72 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	26	182	2	0	0	147	0
Algeria	0	0	4	0	0	0	41	21
Bangladesh	0	11	59	19	0	2	29	0
Costa d'Avorio	0	0	28	0	0	0	52	25
Eritrea	0	0	89	3	0	0	102	34
Guinea	0	64	64	0	2	3	62	0
Iraq	0	0	81	5	0	0	0	0
Mali	0	0	39	0	0	0	0	0
Marocco	0	31	273	385	0	7	1145	664
Nigeria	10	0	191	19	0	0	992	57
Pakistan	0	0	226	63	0	0	14	7
Senegal	0	0	93	1	0	0	2	0
Sudan	0	0	27	0	0	0	0	0
Tunisia	0	4	13	92	0	4	71	221
Totale P-14	10	136	1369	589	2	16	2657	1029
Totale NON-14	4277	14092	61593	330652	2818	14699	130192	383029
Totale	4287	14228	62962	331241	2820	14715	132849	384058

Tabella 73 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nel Lazio. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	12	1082	181	2	0	544	10
Algeria	0	22	909	1353	1	9	2110	2672
Bangladesh	70	959	38464	5708	54	847	42147	1933
Costa d'Avorio	0	72	883	385	7	5	1338	239
Eritrea	1	24	1470	2139	0	7	2534	5487
Guinea	0	47	1023	410	0	18	967	416
Iraq	11	109	474	774	0	68	516	457
Mali	0	36	1106	167	149	0	298	132
Marocco	21	372	6497	10336	43	421	24404	13487
Nigeria	3	98	5895	2544	6	105	15814	3836
Pakistan	8	164	3606	2088	6	254	5171	884
Senegal	3	42	3428	1463	9	63	2716	832
Sudan	0	9	288	396	0	5	416	439
Tunisia	1	258	2421	24195	0	82	6485	28195
Totale P-14	118	2224	67546	52139	277	1884	105460	59019
Totale NON-14	168222	512014	2146540	9367663	136756	523845	5020375	12063828
Totale	168340	514238	2214086	9419802	137033	525729	5125835	12122847

Tabella 74 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 1. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	332	30	0	0	107	2
Algeria	0	0	175	172	1	0	223	508
Bangladesh	6	125	8287	1453	16	102	7232	312
Costa d'Avorio	0	6	185	125	0	0	297	37
Eritrea	1	0	511	563	0	0	922	2025
Guinea	0	0	115	173	0	16	198	89
Iraq	11	101	192	359	0	66	149	162
Mali	0	0	222	64	149	0	67	18
Marocco	1	86	478	1233	0	19	2628	2378
Nigeria	0	59	513	454	0	2	1120	1018
Pakistan	0	4	446	333	0	68	377	199
Senegal	2	9	500	315	0	4	1119	310
Sudan	0	3	89	170	0	0	101	158
Tunisia	0	0	330	2754	0	0	1151	4104
Totale P-14	21	393	12375	8198	166	277	15691	11320
Totale NON-14	19251	78858	359091	1547230	16124	84146	883932	2169773
Totale	19272	79251	371466	1555428	16290	84423	899623	2181093

Tabella 75 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 2. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	4	469	34	2	0	344	0
Algeria	0	5	200	344	0	0	762	802
Bangladesh	40	591	21626	3241	34	578	25702	1169
Costa d'Avorio	0	47	177	114	0	5	500	22
Eritrea	0	14	626	756	0	1	1191	1936
Guinea	0	0	229	38	0	2	213	214
Iraq	0	0	102	249	0	2	218	215
Mali	0	31	196	16	0	0	75	56
Marocco	0	32	1553	2542	36	98	5690	4224
Nigeria	0	20	2148	1127	1	17	6394	1347
Pakistan	0	44	1180	927	2	62	1291	298
Senegal	1	16	998	585	9	9	778	138
Sudan	0	0	131	62	0	0	151	148
Tunisia	0	112	595	5577	0	11	1298	6712
Totale P-14	41	916	30230	15612	84	785	44607	17281
Totale NON-14	55324	119949	516659	2158378	48698	125807	1190065	2961499
Totale	55365	120865	546889	2173990	48782	126592	1234672	2978780

Tabella 76 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 4. Secondo semestre 2019

Paesi	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	18	44	0	0	2	0
Algeria	0	0	95	97	0	1	157	82
Bangladesh	0	7	461	65	0	10	243	26
Costa d'Avorio	0	16	3	15	0	0	82	1
Eritrea	0	0	45	56	0	0	39	174
Guinea	0	0	41	65	0	0	98	21
Iraq	0	1	2	5	0	0	0	10
Mali	0	0	37	0	0	0	36	0
Marocco	9	0	236	419	1	1	634	401
Nigeria	0	0	107	80	0	0	588	185
Pakistan	4	1	213	18	4	5	96	21
Senegal	0	0	190	134	0	0	141	215
Sudan	0	0	1	37	0	0	30	19
Tunisia	0	0	86	370	0	3	343	887
Totale P-14	13	25	1535	1405	5	20	2489	2042
Totale NON-14	7571	28269	108466	515068	6332	29970	266274	606105
Totale	7584	28294	110001	516473	6337	29990	268763	608147

Tabella 77 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 6. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	5	2	0	0	0	32	0
Algeria	0	2	103	124	0	3	221	195
Bangladesh	1	22	758	215	0	24	608	14
Costa d'Avorio	0	0	32	0	7	0	171	14
Eritrea	0	0	19	185	0	0	31	49
Guinea	0	20	75	29	0	0	34	0
Iraq	0	0	49	22	0	0	127	30
Mali	0	0	73	9	0	0	0	0
Marocco	6	18	918	1572	0	101	2650	1471
Nigeria	0	0	284	143	0	0	1246	323
Pakistan	4	40	650	205	0	33	1239	61
Senegal	0	0	90	124	0	6	133	33
Sudan	0	0	6	11	0	0	0	15
Tunisia	0	25	423	3432	0	50	1328	3311
Totale P-14	11	132	3482	6071	7	217	7820	5516
Totale NON-14	19394	59657	220537	894727	13476	59904	527760	1098949
Totale	19405	59789	224019	900798	13483	60121	535580	1104465

Tabella 78 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	20	0
Algeria	0	6	0	35	0	0	15	116
Bangladesh	0	0	189	0	0	0	64	0
Costa d'Avorio	0	1	122	17	0	0	16	3
Eritrea	0	1	0	152	0	4	122	194
Guinea	0	2	162	0	0	0	40	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	5	0
Mali	0	5	117	3	0	0	0	0
Marocco	0	92	846	983	3	126	3926	663
Nigeria	0	12	541	228	0	0	1079	80
Pakistan	0	0	120	89	0	43	314	1
Senegal	0	0	196	17	0	0	64	4
Sudan	0	0	1	25	0	0	0	0
Tunisia	0	0	17	437	0	0	274	441
Totale P-14	0	119	2314	1986	3	173	5939	1502
Totale NON-14	12712	38359	166396	771783	10699	41346	406781	937065
Totale	12712	38478	168710	773769	10702	41519	412720	938567

Tabella 79 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Latina. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	34	22	0	0	12	8
Algeria	0	0	130	101	0	0	242	208
Bangladesh	1	9	1054	101	0	9	800	66
Costa d'Avorio	0	2	248	4	0	0	48	6
Eritrea	0	0	0	154	0	2	13	172
Guinea	0	0	137	0	0	0	47	9
Iraq	0	2	23	0	0	0	0	14
Mali	0	0	264	0	0	0	41	39
Marocco	3	49	563	959	0	24	2400	961
Nigeria	0	0	899	171	0	20	1455	119
Pakistan	0	52	265	245	0	21	693	25
Senegal	0	17	822	18	0	0	124	6
Sudan	0	6	4	26	0	2	121	0
Tunisia	0	61	311	7200	0	1	868	6978
Totale P-14	4	198	4754	9001	0	79	6864	8611
Totale NON-14	16638	51104	217130	971713	12073	50130	465634	1164819
Totale	16642	51302	221884	980714	12073	50209	472498	1173430

Tabella 80 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Rieti. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	3	126	16	0	0	1	0
Algeria	0	0	9	0	0	0	65	20
Bangladesh	0	2	98	13	0	1	61	0
Costa d'Avorio	0	0	20	0	0	0	69	63
Eritrea	0	0	86	17	0	0	66	19
Guinea	0	25	31	5	0	0	111	0
Iraq	0	0	25	0	0	0	0	0
Mali	0	0	34	0	0	0	0	0
Marocco	0	20	170	323	2	0	1051	460
Nigeria	0	0	108	17	0	0	640	106
Pakistan	0	0	124	66	0	0	50	4
Senegal	0	0	52	0	0	0	1	0
Sudan	0	0	25	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	26	49	0	7	84	177
Totale P-14	0	50	934	506	2	8	2199	849
Totale NON-14	3354	13943	52919	285498	2359	13466	116175	331875
Totale	3354	13993	53853	286004	2361	13474	118374	332724

Tabella 81 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	4	12	1030	60	0	8	731	2
Algeria	0	7	583	1082	2	9	1551	2130
Bangladesh	91	536	21735	3332	54	486	36467	1320
Costa d'Avorio	0	16	406	388	3	25	612	123
Eritrea	1	31	669	1756	0	10	1393	3954
Guinea	0	5	506	192	0	4	575	241
Iraq	0	30	456	601	0	64	442	377
Mali	0	0	575	105	17	0	307	18
Marocco	24	175	4108	6667	4	272	18526	10098
Nigeria	2	51	3414	1407	7	69	11883	2029
Pakistan	18	90	2118	1508	14	168	4348	520
Senegal	0	47	2082	708	9	34	1778	387
Sudan	0	2	100	237	2	0	413	338
Tunisia	8	62	1337	17999	1	62	5165	20377
Totale P-14	148	1064	39119	36042	113	1211	84191	41914
Totale NON-14	117972	296909	1249489	6894384	104442	309118	3301649	8916194
Totale	118120	297973	1288608	6930426	104555	310329	3385840	8958108

Tabella 82 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	239	19	0	0	133	0
Algeria	0	0	66	133	0	3	138	439
Bangladesh	14	70	4316	684	14	45	6978	146
Costa d'Avorio	0	0	41	127	1	14	79	42
Eritrea	1	3	147	439	0	0	482	1310
Guinea	0	0	112	131	0	3	128	20
Iraq	0	30	153	314	0	59	170	110
Mali	0	0	87	62	17	0	70	8
Marocco	1	6	365	764	0	2	1885	1624
Nigeria	0	17	316	110	1	28	804	502
Pakistan	0	3	189	279	0	22	361	85
Senegal	0	0	358	120	0	1	398	146
Sudan	0	0	0	103	1	0	74	153
Tunisia	0	3	158	1829	0	0	824	2600
Totale P-14	16	132	6547	5114	34	177	12524	7185
Totale NON-14	11577	45325	198850	1077940	10385	47908	544908	1549511
Totale	11593	45457	205397	1083054	10419	48085	557432	1556696

Tabella 83 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	4	11	467	29	0	1	408	0
Algeria	0	5	175	385	2	0	469	539
Bangladesh	45	346	12983	2002	23	299	22025	896
Costa d'Avorio	0	9	119	102	0	9	208	8
Eritrea	0	28	363	618	0	1	615	1574
Guinea	0	0	151	7	0	0	157	113
Iraq	0	0	208	174	0	0	158	177
Mali	0	0	205	36	0	0	20	3
Marocco	0	51	969	1697	1	50	4869	3280
Nigeria	0	5	1468	498	6	2	4267	688
Pakistan	3	11	822	560	0	20	1029	192
Senegal	0	12	524	275	8	4	546	47
Sudan	0	1	54	50	1	0	139	39
Tunisia	7	28	384	3913	0	5	1014	5301
Totale P-14	59	507	18892	10346	41	391	35924	12857
Totale NON-14	52351	71285	293665	1648327	49501	72814	778873	2266125
Totale	52410	71792	312557	1658673	49542	73205	814797	2278982

Tabella 84 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2020

Paesi	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	68	5	0	0	4	0
Algeria	0	0	61	60	0	0	73	34
Bangladesh	0	9	303	74	0	12	329	5
Costa d'Avorio	0	1	1	2	0	0	14	1
Eritrea	0	0	1	63	0	0	69	198
Guinea	0	1	12	24	0	0	15	17
Iraq	0	0	2	11	0	0	0	25
Mali	0	0	7	0	0	0	133	0
Marocco	0	37	140	303	0	19	382	351
Nigeria	0	0	48	44	0	0	408	79
Pakistan	7	9	32	5	0	34	94	2
Senegal	0	1	56	59	0	0	181	153
Sudan	0	0	0	16	0	0	44	52
Tunisia	0	0	14	383	0	8	148	464
Totale P-14	7	58	745	1049	0	73	1894	1381
Totale NON-14	4569	16471	59200	358294	4171	16108	153418	422559
Totale	4576	16529	59945	359343	4171	16181	155312	423940

Tabella 85 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	33	0	0	0	22	0
Algeria	0	0	38	77	0	6	169	104
Bangladesh	0	13	436	84	0	17	818	22
Costa d'Avorio	0	0	8	5	2	0	27	31
Eritrea	0	0	7	151	0	2	13	31
Guinea	0	0	14	5	0	0	62	0
Iraq	0	0	34	19	0	0	83	33
Mali	0	0	62	0	0	0	0	0
Marocco	0	19	460	706	0	11	1813	963
Nigeria	0	0	160	244	0	5	880	294
Pakistan	1	27	229	242	0	22	730	45
Senegal	0	0	60	84	0	3	117	16
Sudan	0	0	4	17	0	0	22	4
Tunisia	0	1	263	2523	1	24	1113	2577
Totale P-14	1	60	1808	4157	3	90	5869	4120
Totale NON-14	10643	35383	127254	666213	8141	35758	353304	819329
Totale	10644	35443	129062	670370	8144	35848	359173	823449

Tabella 86 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	10	0
Algeria	0	0	1	44	0	0	37	130
Bangladesh	0	0	149	0	0	0	160	0
Costa d'Avorio	0	0	35	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	93	0	1	62	152
Guinea	0	1	30	0	0	0	19	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	10	0
Mali	0	0	78	0	0	0	10	0
Marocco	1	31	602	751	3	53	2617	534
Nigeria	2	0	254	200	0	4	982	32
Pakistan	2	1	60	73	0	3	211	27
Senegal	0	0	172	1	0	0	3	4
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	2	7	243	0	0	198	264
Totale P-14	5	35	1391	1405	3	61	4319	1143
Totale NON-14	6773	21502	108481	607608	5802	25577	293303	722559
Totale	6778	21537	109872	609013	5805	25638	297622	723702

Tabella 87 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	5	0
Algeria	0	0	165	89	0	0	163	280
Bangladesh	7	5	578	67	0	15	765	37
Costa d'Avorio	0	6	88	2	0	2	20	3
Eritrea	0	0	4	135	0	6	0	78
Guinea	0	0	45	0	0	1	38	42
Iraq	0	0	0	0	0	0	4	2
Mali	0	0	67	0	0	0	37	4
Marocco	0	18	275	627	0	17	2067	940
Nigeria	0	1	531	70	0	1	1354	123
Pakistan	0	27	240	66	13	8	728	25
Senegal	0	11	581	21	0	25	63	2
Sudan	0	1	0	14	0	0	4	14
Tunisia	1	19	131	6131	0	11	733	5589
Totale P-14	8	88	2708	7222	13	86	5981	7139
Totale NON-14	9099	29298	133598	752615	8050	30657	326742	911878
Totale	9107	29386	136306	759837	8063	30743	332723	919017

Tabella 88 Totale accessi ai Servizi ambulatoriali dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	128	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	81	21
Bangladesh	0	0	52	28	0	0	166	0
Costa d'Avorio	0	0	22	0	0	0	40	1
Eritrea	0	0	72	0	0	0	46	2
Guinea	0	2	13	0	0	0	57	10
Iraq	0	0	18	3	0	0	8	1
Mali	0	0	2	0	0	0	0	0
Marocco	5	0	170	176	0	17	838	319
Nigeria	0	0	107	2	0	0	420	53
Pakistan	0	0	133	12	0	0	86	3
Senegal	0	0	39	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	8	33	0	3	7	49
Totale P-14	5	3	764	255	0	20	1749	459
Totale NON-14	1590	5930	27654	186046	1402	6199	74876	209331
Totale	1595	5933	28418	186301	1402	6219	76625	209790

SEZIONE D

Ricoveri per patologie fisiche

Tabella 89 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	18	3	1	0	12	2
Algeria	0	2	11	24	0	1	22	28
Bangladesh	6	27	313	53	3	22	612	21
Costa d'Avorio	0	1	14	7	0	1	19	1
Eritrea	0	0	19	27	0	0	19	49
Guinea	0	2	14	4	0	0	11	5
Iraq	0	3	7	10	0	1	5	4
Mali	0	6	19	3	1	0	7	1
Marocco	1	11	65	104	2	6	327	104
Nigeria	0	0	66	24	0	0	287	20
Pakistan	1	7	52	36	0	8	71	6
Senegal	2	0	42	7	0	1	27	9
Sudan	0	1	2	3	0	0	6	3
Tunisia	0	5	28	298	0	2	76	283
Totale P-14	10	66	670	603	7	42	1501	536
Totale NON-14	8055	13899	26794	109373	5937	10813	57016	106663
Totale	8065	13965	27464	109976	5944	10855	58517	107199

Tabella 90 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	7	1	0	0	1	2
Algeria	0	1	3	3	0	0	4	6
Bangladesh	3	3	84	18	2	3	124	6
Costa d'Avorio	0	0	0	1	0	0	4	0
Eritrea	0	0	6	11	0	0	10	16
Guinea	0	0	0	2	0	0	1	0
Iraq	0	2	1	5	0	1	0	2
Mali	0	0	3	0	1	0	2	0
Marocco	0	1	13	20	0	0	40	26
Nigeria	0	0	5	2	0	0	19	6
Pakistan	0	0	5	4	0	0	6	1
Senegal	1	0	6	1	0	0	6	3
Sudan	0	0	0	0	0	0	3	1
Tunisia	0	0	3	34	0	1	13	47
Totale P-14	4	7	136	102	3	5	233	116
Totale NON-14	1185	2238	4312	18297	869	1784	9669	19433
Totale	1189	2245	4448	18399	872	1789	9902	19549

Tabella 91 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	5	2	1	0	5	0
Algeria	0	0	3	6	0	0	3	6
Bangladesh	2	19	164	26	1	14	359	13
Costa d'Avorio	0	1	3	0	0	1	3	0
Eritrea	0	0	9	8	0	0	5	15
Guinea	0	0	2	0	0	0	5	2
Iraq	0	1	4	3	0	0	2	1
Mali	0	4	5	3	0	0	1	1
Marocco	0	1	12	13	0	3	65	23
Nigeria	0	0	25	15	0	0	105	6
Pakistan	0	1	15	13	0	1	15	3
Senegal	0	0	18	2	0	0	11	1
Sudan	0	0	1	2	0	0	2	0
Tunisia	0	1	8	74	0	1	17	64
Totale P-14	2	29	274	167	2	20	598	135
Totale NON-14	1758	3050	5630	24125	1241	2361	12428	24504
Totale	1760	3079	5904	24292	1243	2381	13026	24639

Tabella 92 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	2	0
Bangladesh	0	1	3	1	0	0	5	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	1	0
Eritrea	0	0	2	0	0	0	1	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	1	2
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	1
Mali	0	0	2	0	0	0	1	0
Marocco	0	0	2	8	1	1	12	6
Nigeria	0	0	1	0	0	0	9	0
Pakistan	0	0	7	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	3	1	0	0	5	1
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	5	0	0	5	8
Totale P-14	0	1	20	16	1	1	42	18
Totale NON-14	471	896	1611	6193	352	697	3279	5690
Totale	471	897	1631	6209	353	698	3321	5708

Tabella 93 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	2	1	0	1	4	2
Bangladesh	0	0	9	3	0	1	10	0
Costa d'Avorio	0	0	3	0	0	0	0	1
Eritrea	0	0	0	1	0	0	0	0
Guinea	0	2	3	1	0	0	1	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	1	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	1	5	19	0	0	33	8
Nigeria	0	0	3	3	0	0	11	3
Pakistan	0	2	9	4	0	5	15	0
Senegal	0	0	2	2	0	0	0	1
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	10	38	0	0	8	22
Totale P-14	0	5	47	72	0	7	83	37
Totale NON-14	873	1521	2897	11337	697	1186	6258	10527
Totale	873	1526	2944	11409	697	1193	6341	10564

Tabella 94 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	1	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	1
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	3	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	1	0
Eritrea	0	0	0	5	0	0	0	7
Guinea	0	0	2	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	2	2	0	0	0	0	0
Marocco	1	2	1	6	0	2	55	2
Nigeria	0	0	11	3	0	0	38	1
Pakistan	1	0	1	5	0	0	3	0
Senegal	0	0	2	0	0	1	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	0	3	0	0	4	6
Totale P-14	2	5	20	22	0	3	105	17
Totale NON-14	710	1059	2205	8707	540	853	4619	8030
Totale	712	1064	2225	8729	540	856	4724	8047

Tabella 95 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	1	0	0	0	2	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	3	6
Bangladesh	0	0	8	0	0	0	16	0
Costa d'Avorio	0	0	5	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	1	0	0	0	0
Guinea	0	0	2	0	0	0	1	1
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	4	0	0	0	3	0
Marocco	0	1	4	13	0	0	24	10
Nigeria	0	0	10	0	0	0	21	0
Pakistan	0	3	4	5	0	0	16	2
Senegal	0	0	4	1	0	0	0	0
Sudan	0	1	0	1	0	0	0	0
Tunisia	0	2	5	92	0	0	9	82
Totale P-14	0	7	47	114	0	0	95	101
Totale NON-14	785	1308	3082	11137	609	1014	5718	10375
Totale	785	1315	3129	11251	609	1014	5813	10476

Tabella 96 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	5	0	0	0	2	0
Algeria	0	0	1	0	0	0	0	1
Bangladesh	0	0	1	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	3	0
Eritrea	0	0	0	1	0	0	2	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	1	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	6	4	0	0	14	6
Nigeria	0	0	1	0	0	0	17	1
Pakistan	0	0	1	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	1	2
Totale P-14	0	0	17	5	0	0	39	10
Totale NON-14	181	278	574	3141	126	230	1215	2875
Totale	181	278	591	3146	126	230	1254	2885

Tabella 97 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nel Lazio. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	1	13	1	0	0	7	0
Algeria	0	0	7	16	0	0	30	19
Bangladesh	2	26	269	49	3	14	471	19
Costa d'Avorio	0	2	9	8	0	1	7	4
Eritrea	0	1	12	18	0	0	23	42
Guinea	0	4	7	6	0	0	4	0
Iraq	0	1	9	8	0	2	6	0
Mali	0	3	7	2	0	0	4	0
Marocco	1	10	33	87	0	13	209	68
Nigeria	0	1	45	20	0	1	239	12
Pakistan	0	4	50	18	1	2	76	2
Senegal	0	0	21	2	0	1	35	7
Sudan	0	1	2	5	0	0	6	1
Tunisia	0	6	18	218	0	3	76	201
Totale P-14	3	60	502	458	4	37	1193	375
Totale NON-14	5880	11740	20695	87320	4089	9105	48361	84235
Totale	5883	11800	21197	87778	4093	9142	49554	84610

Tabella 98 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 1. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	5	0	0	0	2	0
Algeria	0	0	0	2	0	0	3	9
Bangladesh	0	5	54	12	1	3	103	2
Costa d'Avorio	0	1	0	2	0	1	1	2
Eritrea	0	0	10	8	0	0	11	17
Guinea	0	0	1	0	0	0	0	0
Iraq	0	1	5	4	0	2	1	0
Mali	0	0	2	1	0	0	1	0
Marocco	0	1	4	14	0	0	22	16
Nigeria	0	1	3	5	0	0	10	4
Pakistan	0	1	6	5	0	0	3	0
Senegal	0	0	4	1	0	0	14	0
Sudan	0	0	0	3	0	0	3	0
Tunisia	0	0	2	28	0	0	20	22
Totale P-14	0	10	96	85	1	6	194	72
Totale NON-14	916	1934	3348	14319	567	1425	8130	15176
Totale	916	1944	3444	14404	568	1431	8324	15248

Tabella 99 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 2. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	1	0
Algeria	0	0	1	2	0	0	12	3
Bangladesh	2	18	154	28	0	10	255	10
Costa d'Avorio	0	1	2	0	0	0	2	1
Eritrea	0	0	1	5	0	0	7	11
Guinea	0	0	1	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	2	1	0	0	1	0
Mali	0	3	2	1	0	0	1	0
Marocco	0	1	6	18	0	4	47	19
Nigeria	0	0	12	10	0	1	87	2
Pakistan	0	1	10	3	0	1	18	2
Senegal	0	0	7	0	0	0	9	2
Sudan	0	0	2	1	0	0	0	0
Tunisia	0	1	3	49	0	0	10	40
Totale P-14	2	25	206	118	0	16	450	90
Totale NON-14	1240	2583	4277	18851	859	1951	10442	19199
Totale	1242	2608	4483	18969	859	1967	10892	19289

Tabella 100 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 4. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	3	0	0	5	1
Bangladesh	0	0	2	0	2	0	1	1
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	2	5
Guinea	0	0	0	0	0	0	2	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	1	0
Marocco	0	0	2	1	0	0	10	4
Nigeria	0	0	1	0	0	0	7	0
Pakistan	0	0	10	1	1	0	1	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	6	2
Sudan	0	0	0	0	0	0	1	0
Tunisia	0	0	0	8	0	1	2	10
Totale P-14	0	0	16	13	3	1	38	23
Totale NON-14	385	811	1298	5157	299	586	2876	4578
Totale	385	811	1314	5170	302	587	2914	4601

Tabella 101 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 6. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	3	0
Algeria	0	0	4	3	0	0	2	0
Bangladesh	0	0	10	1	0	0	7	0
Costa d'Avorio	0	0	2	0	0	0	1	1
Eritrea	0	0	0	4	0	0	0	0
Guinea	0	4	1	1	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	4	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	1	0	6	18	0	2	21	6
Nigeria	0	0	1	0	0	0	21	1
Pakistan	0	0	7	3	0	1	27	0
Senegal	0	0	4	1	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	6	27	0	2	13	24
Totale P-14	1	4	41	58	0	5	99	32
Totale NON-14	690	1270	2350	9356	466	1028	5287	8703
Totale	691	1274	2391	9414	466	1033	5386	8735

Tabella 102 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Frosinone. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	1	0	0	0	1	0
Costa d'Avorio	0	0	1	1	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	1	0	0	0	0
Guinea	0	0	1	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	1	0	0	0	0	0
Marocco	0	4	6	11	0	2	36	1
Nigeria	0	0	7	2	0	0	21	0
Pakistan	0	0	3	0	0	0	4	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	3	0	0	7	3
Totale P-14	0	4	20	19	0	2	69	4
Totale NON-14	454	869	1824	7392	289	768	3946	6419
Totale	454	873	1844	7411	289	770	4015	6423

Tabella 103 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Latina. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	3	3
Bangladesh	0	0	10	1	0	0	16	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	2	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	2	0	0	0	0	0
Marocco	0	3	0	7	0	0	22	7
Nigeria	0	0	7	1	0	0	19	0
Pakistan	0	1	4	2	0	0	16	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	1	0
Sudan	0	1	0	0	0	0	2	0
Tunisia	0	3	2	67	0	0	12	66
Totale P-14	0	8	27	78	0	0	93	76
Totale NON-14	589	1111	2182	8292	393	855	4889	7823
Totale	589	1119	2209	8370	393	855	4982	7899

Tabella 104 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Rieti. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	2	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	1	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	1	0	1	10	0
Nigeria	0	0	1	0	0	0	19	0
Pakistan	0	0	1	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	1	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	2	3
Totale P-14	0	0	9	1	0	1	31	3
Totale NON-14	125	237	411	2547	108	161	1068	2285
Totale	125	237	420	2548	108	162	1099	2288

Tabella 105 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	13	2	0	0	18	0
Algeria	0	0	6	14	0	0	14	11
Bangladesh	8	19	261	60	2	14	632	18
Costa d'Avorio	0	1	5	2	0	0	15	4
Eritrea	0	0	12	21	0	0	30	27
Guinea	0	0	6	3	0	1	7	6
Iraq	0	1	5	6	0	2	4	1
Mali	0	0	9	3	0	0	5	0
Marocco	0	5	50	72	2	0	242	77
Nigeria	0	0	36	22	0	0	271	27
Pakistan	1	9	33	27	2	5	75	0
Senegal	0	1	27	16	0	1	29	6
Sudan	0	1	4	3	0	0	4	3
Tunisia	0	1	12	232	0	1	85	211
Totale P-14	9	38	479	483	6	24	1431	391
Totale NON-14	5182	9239	17906	86273	3846	7386	44435	81098
Totale	5191	9277	18385	86756	3852	7410	45866	81489

Tabella 106 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	1	0	0	4	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	3	1
Bangladesh	1	2	57	16	0	2	120	1
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	1	0
Eritrea	0	0	6	12	0	0	7	11
Guinea	0	0	0	1	0	0	1	1
Iraq	0	1	3	2	0	2	3	0
Mali	0	0	2	3	0	0	2	0
Marocco	0	0	4	15	0	0	19	12
Nigeria	0	0	6	4	0	0	21	5
Pakistan	0	0	6	1	0	1	6	0
Senegal	0	0	9	5	0	0	7	1
Sudan	0	0	0	1	0	0	1	2
Tunisia	0	0	2	31	0	0	9	28
Totale P-14	1	3	98	93	0	5	204	62
Totale NON-14	808	1576	2768	14237	593	1204	7142	14571
Totale	809	1579	2866	14330	593	1209	7346	14633

Tabella 107 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	5	0	0	0	9	0
Algeria	0	0	2	6	0	0	1	4
Bangladesh	5	12	150	36	0	9	352	12
Costa d'Avorio	0	1	2	1	0	0	4	0
Eritrea	0	0	3	4	0	0	18	6
Guinea	0	0	2	1	0	1	2	1
Iraq	0	0	0	3	0	0	1	1
Mali	0	0	6	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	16	14	0	0	47	20
Nigeria	0	0	13	8	0	0	102	5
Pakistan	1	2	11	12	0	2	17	0
Senegal	0	0	8	9	0	0	7	2
Sudan	0	1	3	0	0	0	3	1
Tunisia	0	0	5	62	0	0	23	50
Totale P-14	6	16	226	156	0	12	586	102
Totale NON-14	1255	2072	3820	19894	822	1566	9924	19409
Totale	1261	2088	4046	20050	822	1578	10510	19511

Tabella 108 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	1	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	1	0	0	1	0
Bangladesh	0	2	4	0	1	0	9	1
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	1
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	3	0
Marocco	0	0	0	1	1	0	3	0
Nigeria	0	0	0	1	0	0	6	0
Pakistan	0	0	3	0	0	0	6	0
Senegal	0	0	1	1	0	0	2	2
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	4	0	0	2	8
Totale P-14	0	2	9	9	2	0	32	12
Totale NON-14	303	613	1063	4964	269	470	2568	4211
Totale	303	615	1072	4973	271	470	2600	4223

Tabella 109 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	1	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	2	2
Bangladesh	0	0	6	2	0	0	14	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	1	2
Eritrea	0	0	0	3	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	1	0	0	1	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	11	10	0	0	25	11
Nigeria	0	0	3	4	0	0	31	7
Pakistan	0	3	2	5	0	1	15	0
Senegal	0	0	2	1	0	0	2	1
Sudan	0	0	0	1	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	39	0	0	13	31
Totale P-14	0	3	25	67	0	1	105	54
Totale NON-14	559	962	1996	8710	406	809	5022	8168
Totale	559	965	2021	8777	406	810	5127	8222

Tabella 110 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	1	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	1	0
Bangladesh	0	0	5	0	0	0	5	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	4	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	1	5	6	1	0	37	4
Nigeria	0	0	3	1	0	0	27	0
Pakistan	0	0	0	2	0	0	2	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	1	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	5	0	0	0	2
Totale P-14	0	1	14	15	1	0	77	6
Totale NON-14	396	646	1513	6917	305	595	3481	6028
Totale	396	647	1527	6932	306	595	3558	6034

Tabella 111 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	0	0	0	1	0
Bangladesh	0	0	3	0	0	0	14	1
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	3	0
Eritrea	0	0	0	1	0	0	0	1
Guinea	0	0	0	0	0	0	1	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	2	7	0	0	28	7
Nigeria	0	0	1	1	0	0	22	3
Pakistan	0	4	3	2	1	1	13	0
Senegal	0	1	1	0	0	0	4	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	1	56	0	1	11	55
Totale P-14	0	6	12	67	1	2	97	67
Totale NON-14	466	824	1930	8129	364	684	4578	7334
Totale	466	830	1942	8196	365	686	4675	7401

Tabella 112 Totale ricoveri per patologie fisiche dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	3	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	1	0
Bangladesh	0	0	2	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	2	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	2
Guinea	0	0	2	0	0	0	2	2
Iraq	0	0	0	1	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	1	0	0	16	3
Nigeria	0	0	0	0	0	0	10	2
Pakistan	0	0	3	0	0	0	5	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	1	0	0	0	1	0
Totale P-14	0	0	13	2	0	0	37	9
Totale NON-14	100	165	381	2355	91	113	906	2048
Totale	100	165	394	2357	91	113	943	2057

SEZIONE E

Ricoveri per disturbi mentali

Tabella 113 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	1	3	5	0	0	2	5	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	6	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	1	0	0	2	0	0
Iraq	0	1	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	8	0	0	0	0	0
Marocco	0	1	7	1	0	2	5	0
Nigeria	0	0	13	0	0	1	5	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	2	0	0	0	1	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	3	0	0	1	3	2
Totale P-14	1	6	47	1	0	8	19	2
Totale NON-14	851	1693	1814	1107	354	1184	1656	1424
Totale	852	1699	1861	1108	354	1192	1675	1426

Tabella 114 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	2	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	2	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	4	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	2	0	0
Iraq	0	1	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	1	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	1	0	0	1	0	0
Totale P-14	0	1	11	0	0	3	1	0
Totale NON-14	154	385	438	316	52	301	341	372
Totale	154	386	449	316	52	304	342	372

Tabella 115 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	1	3	3	0	0	2	5	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	2	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	1	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	2	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	2	0	0	1	1	0
Nigeria	0	0	3	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	2	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	2	0	0	0	0	0
Totale P-14	1	4	17	0	0	3	6	0
Totale NON-14	228	418	388	228	90	274	374	303
Totale	229	422	405	228	90	277	380	303

Tabella 116 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	1	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	0	0	0	1	0	0
Totale NON-14	59	117	109	67	21	85	97	72
Totale	59	117	109	67	21	86	97	72

Tabella 117 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	2	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	3	0
Totale P-14	0	0	1	0	0	0	5	0
Totale NON-14	82	149	194	82	42	113	171	122
Totale	82	149	195	82	42	113	176	122

Tabella 118 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	6	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	1	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	6	1	0	0	1	0
Totale NON-14	36	65	125	86	17	41	145	99
Totale	36	65	131	87	17	41	146	99

Tabella 119 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale P-14	0	0	0	0	0	1	0	1
Totale NON-14	65	125	84	45	27	72	99	62
Totale	65	125	84	45	27	73	99	63

Tabella 120 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	2	0
Nigeria	0	0	1	0	0	0	1	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	1	0	0	0	3	0
Totale NON-14	19	22	47	40	5	13	41	65
Totale	19	22	48	40	5	13	44	65

Tabella 121 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nel Lazio. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	2	0
Bangladesh	1	2	14	0	0	0	5	0
Costa d'Avorio	0	0	6	0	0	0	0	0
Eritrea	1	0	1	0	0	0	0	2
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	2	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	4	1	0	0	0	2
Nigeria	0	0	8	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	1	0	0	1	0
Senegal	0	0	2	1	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	1
Tunisia	0	0	0	2	0	0	0	4
Totale P-14	2	2	37	5	0	0	8	9
Totale NON-14	701	1409	1474	839	301	1072	1339	1057
Totale	703	1411	1511	844	301	1072	1347	1066

Tabella 122 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 1. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	5	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	1	0	0	0	0	0	0	1
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	2	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	1	0	0	0	1
Totale P-14	1	0	7	1	0	0	0	2
Totale NON-14	136	336	244	171	45	285	233	214
Totale	137	336	251	172	45	285	233	216

Tabella 123 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 2. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	1	2	8	0	0	0	1	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	1	0	0	0	1
Nigeria	0	0	3	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	1	0
Senegal	0	0	1	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	1	2	16	1	0	0	2	1
Totale NON-14	185	331	372	187	69	261	281	276
Totale	186	333	388	188	69	261	283	277

Tabella 124 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 4. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	1
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	1
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	0	0	0	0	0	2
Totale NON-14	55	107	83	66	21	67	58	50
Totale	55	107	83	66	21	67	58	52

Tabella 125 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 6. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	1	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	1	1	0	0	0	0
Totale NON-14	69	122	167	79	29	87	175	93
Totale	69	122	168	80	29	87	175	93

Tabella 126 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	1	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	2	0	0	0	0	0
Totale NON-14	32	46	105	74	14	48	139	81
Totale	32	46	107	74	14	48	139	81

Tabella 127 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Latina. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	2	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	1	0	0	0	3
Totale P-14	0	0	0	1	0	0	2	3
Totale NON-14	60	93	99	53	27	59	99	73
Totale	60	93	99	54	27	59	101	76

Tabella 128 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Rieti. Secondo semestre 2019

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	2	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	2	0	0	0	0	0
Totale NON-14	10	21	44	25	7	13	44	39
Totale	10	21	46	25	7	13	44	39

Tabella 129 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nel Lazio. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	1	0	0	0	0
Bangladesh	0	2	7	0	0	1	5	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	1	0
Iraq	0	0	2	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	1	0	0	5	3
Nigeria	0	1	8	0	0	0	4	0
Pakistan	0	0	1	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	3	4	0	0	0	4
Totale P-14	0	4	25	6	0	1	15	7
Totale NON-14	441	1134	1285	913	227	835	1192	1059
Totale	441	1138	1310	919	227	836	1207	1066

Tabella 130 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 1. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	1	0	0	1	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	1	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	2
Totale P-14	0	0	3	0	0	1	0	2
Totale NON-14	83	259	296	208	31	212	265	289
Totale	83	259	299	208	31	213	265	291

Tabella 131 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 2. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	1	0	0	0	0
Bangladesh	0	1	6	0	0	0	3	0
Costa d'Avorio	0	0	1	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	1	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	1	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	1	0	0	0	0	1
Nigeria	0	0	1	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	3	2	0	0	0	0
Totale P-14	0	1	14	3	0	0	3	1
Totale NON-14	117	295	290	239	61	200	299	265
Totale	117	296	304	242	61	200	302	266

Tabella 132 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 4. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale NON-14	21	88	84	37	20	62	46	55
Totale	21	88	84	37	20	62	46	55

Tabella 133 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL Roma 6. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	1
Nigeria	0	0	6	0	0	0	2	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale P-14	0	0	6	0	0	0	2	2
Totale NON-14	37	83	114	78	20	67	120	78
Totale	37	83	120	78	20	67	122	80

Tabella 134 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Frosinone. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	1	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	1	1
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	1	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	1	1	0	0	0	1	1
Totale NON-14	22	29	94	85	15	21	97	68
Totale	22	30	95	85	15	21	98	69

Tabella 135 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Latina. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	2	0	0	0	1
Totale P-14	0	0	0	2	0	0	0	1
Totale NON-14	34	72	80	52	21	47	86	61
Totale	34	72	80	54	21	47	86	62

Tabella 136 Totale ricoveri per disturbi mentali dei residenti nell'ASL di Rieti. Primo semestre 2020

Paese	Maschi				Femmine			
	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni	< 5 anni	5-17 anni	18-49 anni	>=50 anni
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	1	0
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Marocco	0	0	0	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	2	0
Pakistan	0	0	1	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan	0	0	0	0	0	0	0	0
Tunisia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale P-14	0	0	1	0	0	0	4	0
Totale NON-14	7	18	36	25	2	12	30	22
Totale	7	18	37	25	2	12	34	22

1. PERCORSI DI SALUTE MENTALE IN RIFUGIATI VITTIME DI VIOLENZE TRAUMATICHE

A cura di Giancarlo Santone, Rossella Carnevali, Emilio Vercillo

<http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/155>

PREMESSE GENERALI

Per delineare percorsi necessari e specifici per la popolazione in oggetto, si rendono necessarie alcune premesse indispensabili.

La prima considerazione, necessaria per non incorrere in gravi errori medici, è quella, apparentemente ovvia, secondo cui una persona che è stata vittima di violenze intenzionali anche estreme, può soffrire di altre patologie non correlate agli eventi traumatici cui è stata sottoposta. Questo riguarda non solo patologie fisiche, le quali nel caso fossero lamentate dal paziente non devono essere trascurate e facilmente classificate sotto la categoria “somatizzazione per violenze subite”, ma anche:

- 1) tutte le numerose patologie organiche con sintomatologia psichica, che, se già di non poco conto nella popolazione italiana, possono essere ancora più numerose in una popolazione proveniente da luoghi in cui le noxae patogene sono più numerose e da noi spesso misconosciute perché abbastanza poco frequenti (per es. un caso di encefalite da filaria in cui ci siamo imbattuti, con estrinsecazione in sintomatologia apparentemente psichiatrica).
- 2) Tutte le patologie psichiatriche di cui una persona può soffrire, senza nesso causale, nella loro fenomenologia psicopatologica, con gli eventi avversi pur presenti nella vita del paziente.

L'attenzione focalizzata sulle caratteristiche peculiari della popolazione di rifugiati non ci esime pertanto da un corretto percorso diagnostico, che non deve essere frettolosamente concluso seguendo biases e preconcetti non verificati a dovere.

A scopo esemplificativo, non esaustivo, sulla base delle considerazioni sopra esposte, si presentano due possibili scenari di errore di segno opposto tra loro, cui porre particolarmente attenzione e da evitare.

- a) Pazienti frettolosamente diagnosticati come psicotici (leggasi schizofrenici), sulla base di manifestazioni ideative e/o comportamentali non comprese per motivi linguistici o culturali. In particolar modo idee che presso la nostra cultura possono essere considerate deliranti, in altre culture sono credenze, spiegazioni e motivazioni condivise dalla comunità di appartenenza del paziente. Anche senza considerare culture molto differenti dalla nostra, questa precauzione viene insegnata agli psichiatri come necessaria anche in caso di sottogruppi culturali integralmente nostrani, Tanto più dunque non va abbandonata nel caso di pazienti che ricevono laprotezione internazionale:
 - a. Per esempio, può trattarsi di un paziente che interpreta in maniera magica il suo malessere o la sua malattia, come effetto di un woodoo fattogli, o che attribuisce a un djin (spirito, genio) malevolo qualcosa che gli è accaduto. Non si tratta di qualcosa di differente da un paziente italiano che attribuisce a Padre Pio o all'effetto della preghiera una sua guarigione, o alla fattura da parte qualcuno invidioso una sua sfortuna. Anche in questi casi non è il contenuto a portare lo psichiatra alla diagnosi, ma la forma del pensiero, il ragionamento che porta il paziente a quella conclusione.
 - b) Pazienti con sintomatologia appartenente ad una patologia psichiatrica ben conosciuta nella popolazione italiana (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo d'ansia, depressioni, etc.), che sulla base del semplice elemento anamnestico di precedenti di violenza subita, vengono interpretati e diagnosticati come disturbi post-traumatici.

Le conseguenze procedurali nel percorso terapeutico di queste premesse sono deducibili:

- 1) Le patologie psichiche a determinanti organiche seguono percorsi terapeutici medici, secondo le patologie alla base dei fenomeni (internistici, neurologici, infettivologici, etc)

- 2) Le patologie psichiatriche non specificamente correlate al/agli eventi violenti di cui il paziente è stato vittima, e che non presentano la fenomenologia specifica di una patologia post-traumatica (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo d'ansia, depressioni, etc.), seguono i percorsi che già il SSN e regionale prevedono per tali patologie, vale a dire quelli predisposti a carico dei DSM regionali o altro già previsto, che possiedono gli strumenti e i dispositivi complessi atti alla terapia e alla riabilitazione, con le varie declinazioni di servizi specifici di cui dispongono.

In tutti questi casi si renderà necessario organizzare l'assistenza con interpreti/mediatori culturali atti alla comunicazione tra personale sanitario e paziente, e alla mediazione (rendere comprensibile) di quanto potrebbe indurre in errore il clinico.

FATTORI DI RISCHIO (VULNERABILITÀ) PRESENTI NEI RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Senza dubbio la caratteristica peculiare nella popolazione di RTP, pur con l'estrema differenza di provenienza, etnie e culture, è la percentuale notevole di eventi avversi di natura violenta subiti dalle persone che ne fanno parte.

Il D.L. 18 agosto 2015 n.142 – art.17 al comma 1 recita:

Accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari:

Le misure di accoglienza tengono conto delle specifiche situazioni delle persone vulnerabili quali, minori, minori non accompagnati, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, vittime della tratta di esseri umani, persone affette da gravi malattie o disturbi mentali, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.

Il termine *vulnerabilità* significa che alcune persone presentano una situazione di rischio (in questo caso per patologie mentali) per una serie di fattori, quali sono quelli enumerati nel D.L. sopra riportato.

Si mettono in evidenza all'interno di queste categorie:

- 1) Vittime di tortura. Il termine *tortura* trova differenti definizioni nella letteratura. Si va da quella più diffusa di *violenza intenzionale e ripetuta volta all'ottenimento di un obiettivo* (che sia ottenere informazioni o fare pressioni sui familiari perché inviino denaro, come accade in Libia), a quelle meno tecniche e più politicamente orientate per cui è tortura tutto quello che *si propone di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla di quella struttura di identità che la definisce come persona*. In questo senso anche una attività di bullismo in un gruppo di adolescenti rientrerebbe nella definizione di tortura, correndo così il rischio di annegare l'elemento estremo della tortura in un fattore aspecifico e diffuso in molti contesti, rendendolo così ininfluenza. Preferendo le designazioni più specifiche, sottolineeremo che la ripetizione è parte integrante della tortura, che è patogena perché induce uno stato di allarme anche nell'attesa o nel periodo che intercorre tra una seduta di tortura e l'altra.
- 2) Donne. La condizione femminile rende le donne particolarmente esposte alla possibilità di violenza, sia perché costituisce un fatto abituale in varie società di provenienza, sia perché durante il percorso di migrazione le donne sono con alta frequenza vittime di stupri da parte dei trafficanti.
- 3) Stupro su uomini. Se nel caso delle donne si tratta di "bottino di guerra", gli stupri su uomini vengono effettuati per umiliare e dominare, e le conseguenze psichiche nella vittima sono generalmente di grande entità.
- 4) Minori non accompagnati.

Va comunque considerato che tutti i RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) sono soggetti a rischio di sviluppo di patologie post-traumatiche.

Questo rischio si presenta, non solo quando si è direttamente vittime di violenza, ma riguarda anche i testimoni diretti o indiretti (come per esempio ascoltare narrazioni da parte di altri). Inoltre, è importante sottolineare che

la potenzialità traumatica della tortura è elevata in quanto si tratta di una violenza *interumana*. Infatti, nel campo psicotraumatologico esiste uniformità di vedute sul fatto che eventi avversi di tipo naturale, anche con conseguenze nefaste importanti (terremoti e altre calamità naturali) non hanno la stessa potenzialità traumatica per l'individuo.

Per quanto segue, il nostro riferimento sarà quanto delineato 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*”, emesse dal Ministero della Salute il 22 marzo 2017, opportunamente aggiornate e corrette.

INDIVIDUAZIONE PRECOCE

“La particolare vulnerabilità e il bagaglio di sofferenza di cui è portatore ogni rifugiato, non necessariamente e automaticamente però si traducono in disturbi psicopatologici. I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all'individuazione precoce di queste persone. L'individuazione rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinico- diagnostica, che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.” (*Linee guida, Min.d.Salute, 2017*).

La prima frase necessita un ampliamento. Di fatto potrebbe essere facile cadere nell'equivoco di confondere *vulnerabilità* con patologia, e dunque con necessità di un intervento sanitario. Sarebbe anche un equivoco confondere “*eventi violenti anche oggettivamente orribili, e tali da suscitare una reazione profonda in noi che ne ascoltiamo il racconto, con quello che si definisce trauma in ambito clinico. Trauma infatti vuol dire ferita, lesione, vulnus. L'evento quindi causa un trauma, non è in sé un trauma; anzi, come vedremo, sarebbe più corretto affermare che può causare un trauma.... definiamo trauma la reazione che accade nell'individuo, quando l'evento (o la serie di eventi): 1. supera la capacità di usare normali meccanismi di coping per adattarsi alla situazione, e sopravanza i suoi modi di resilienza; e 2. scompagina il quadro di riferimento individuale del soggetto. Entrambi questi fattori possono essere rivelati dalla comparsa di sintomatologia specifica.*” (Vercillo, Guerra 2019).

Infatti qualunque sia il tipo di evento potenzialmente traumatico, il trauma è specifico della persona: lo stesso evento causa reazioni differenti nelle persone che lo vedono o sperimentano, quello che è traumatico per una persona può non esserlo per un'altra, e le percentuali di patologia traumatica risultanti dopo l'esposizione diretta o indiretta a un'esperienza di abuso sono sorprendenti. Infatti, l'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni. Tra trauma di tipo 1 (evento singolo) e trauma di tipo 2 (evento continuativo o ripetuto) le percentuali aumentano considerevolmente, tra il 10-20 % del tipo 1 e il 33-75 % del tipo 2 nelle varie indagini (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995), ma come si vede le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni²¹, e non coprono il 100% dei casi di evento violento subito, qualsiasi esso sia. Anche in una condizione estrema di violenza subita come la tortura (in sé maggiore singolo determinante per una patologia post-traumatica), il risultato da un punto di vista psicologico non sarà uguale per tutti (Schubert, Punamäki 2016), e le stime di prevalenza nella popolazione di torturati si aggirano tra il 31% (Steel et al. 2007), e il 45% (Johnson & Thompson 2007).

Insomma: **non ogni persona vulnerabile è vulnerata, ferita**, con risultanti danni patologici, di interesse sanitario.

Ciò comporta il ruolo fondamentale dell'**individuazione precoce ai fini sanitari**, che deve essere non solo tempestiva ma anche selettiva, e non può basarsi solo sulle narrazioni delle violenze subite. Nei paragrafi seguenti si utilizzeranno le Linee guida del Ministero, che individuano più livelli in merito, ma prima va sommariamente accennato ai quadri patologici cui le vulnerabilità delle vittime possono dar luogo.

²¹ sono in genere di prevalenza e non di incidenza

Qualunque sia il tipo di evento traumatico (come si delucidava prima, *evento traumatico* è solo quell'accadimento che esita in *trauma*, o che è almeno *potenzialmente causativo per una patologia traumatica*), i quadri clinici sono uguali, dipendendo più dai percorsi psicobiologici di risposta dell'essere umano (qualunque sia la cultura di provenienza), che dal tipo di violenza subita.

I quadri clinici che hanno eventi traumatici come fattori causali sono organizzati nelle categorie del PTSD (Disturbo da Stress Post Traumatico) Semplice e Complesso e dei Disturbi dissociativi. Si rimanda ai manuali specialistici per approfondimenti clinici, ma qui si offrono alcuni accenni.

Nel PTSD è in gioco il rivivere, nel momento presente, l'evento traumatico, accompagnato da sintomi di iperattivazione adrenergica e da sintomi di ipoattivazione (in vario grado nei singoli casi, ma devono essere presenti tutti per fare diagnosi di PTSD, e non ad esempio solo un disturbo d'ansia). Tutti questi fenomeni vengono vissuti dal soggetto come oggetti estranei al loro interno e rispetto a come essi stessi si sentono e si riconoscono e spesso esitano in ritiro e allontanamento dal gruppo come difesa del singolo. (cfr. Tabella allegata)

Nel cPTSD (PTSD complesso), che è causato da traumi ripetuti o continuativisubiti in età evolutiva o adolescenziale, oltre alla necessaria presenza della sintomatologia del PTSD semplice, è necessaria la presenza di

1. un modificato senso di sé: il soggetto si sente totalmente un'altra persona rispetto a quello che era;
2. una modificata percezione del mondo: il mondo ora è pericoloso, oggetto di sfiducia e sospetto, laddove precedentemente non era così per il soggetto;
3. una modificata capacità di modulazione delle emozioni: il soggetto si lamenta di essere trasformato rispetto a prima; potenti rabbie, irritabilità, impulsività, lo attraversano e non riesce, o riesce a fatica, a contenerle e contenersi.

È importante sottolineare che queste manifestazioni costituiscono un cambiamento importante rispetto a come si sentiva precedentemente la persona e che i sintomi del PTSD (intrusioni di ricordi o scene allucinatorie di momenti traumatici -flashbacks, evitamenti specifici, hyperarousal etc.) sono compresenti a queste modificazioni.

Più complessi sono i quadri dei Disturbi Dissociativi, in cui alterazioni della coscienza, presenza di allucinazioni verbali - con caratteristiche diverse da quelle schizofreniche o tossiche - amnesie e condotte 'automatiche' hanno alla base una personalità divisa in 'parti', che agiscono in autonomia e in conflitto tra loro. Questi casi gravi hanno all'origine situazioni traumatiche continuate e perduranti durante l'infanzia o la prima adolescenza, che vanno dalla trascuratezza verso il bambino, ad aperte violenze fisiche e/o sessuali, o anche a situazioni prolungate di vita in **stato di guerra** (in cui anche senza che abbia subito o assistito direttamente a violenze, l'atmosfera di insicurezza e pericolo non permettono al bambino di stabilirsi di quella sicurezza e fiducia di base che garantiscono la formazione di una personalità integrata).

L'insieme di questi disturbi costituiscono l'unico capitolo della patologia mentale - non a base organica o tossica - a causa predominante accertata: il trauma nelle sue varie declinazioni. Una conseguenza è che altre manifestazioni (depressioni, disturbi del comportamento di vario tipo, abuso di sostanze psicotrope, etc.) NON hanno nessi causali con gli accadimenti violenti, ma trovano origine in altre connessioni. Per esempio, è stato evidenziato da alcune ricerche che mentre il PTSD correla con traumi pregressi, condizioni 'depressive' non possiedono altrettanta consistenza di correlazione col trauma, bensì con perdite (lutti, perdita di status sociale, o di identità nella comunità, etc): quello che viene chiamato *shock culturale*, o impropriamente *trauma culturale*, rientra tra questi casi (Carnevali 2011). L'abuso di sostanze tendenzialmente si correla più con le disposizioni caratteriali dell'individuo, condotte di gruppo, e disponibilità delle sostanze, piuttosto che con eventi traumatici.

È necessario, dunque, non attribuire alla violenza rintracciata nella storia della persona tutte le sofferenze dell'individuo, laddove purtroppo gli insulti che la vita può avergli arrecato, sul piano biologico e su quello sociale, possono essere ben di più. Da quanto visto, l'individuazione della vulnerabilità va quindi oltre la constatazione del sesso o dell'età della persona (se ci riferiamo ad es al D.L. 18 agosto 2015 sopra citato), ed anche alla ricerca della storia pre-migratoria e migratoria, utile per il processo legale. Comporta infatti porre attenzione alle alterazioni visibili del soggetto, alle sue condotte, al suo modo di relazionarsi, al suo trasalire improvvisamente, il suo isolarsi e allontanarsi, le espressioni di paura sul suo volto, etc. Questo quando non abbiamo una sintomatologia soggettiva

specifica come ad esempio l'insonnia, uno dei sintomi più frequentemente riferiti al personale sanitario e al Medico di Medicina Generale. Indagare perché il paziente non dorme e cosa accade durante la notte (incubi, flashbacks, o al contrario rimuginazioni sul suo stato) aiuta nella formulazione della diagnosi.

Perché è importante un'individuazione precoce e selettiva delle conseguenze cliniche della violenza intenzionale?

Poiché esse "hanno la tendenza, in assenza di una corretta diagnosi e di interventi terapeutici adeguati e specifici, a cronicizzare o ad evolvere verso un progressivo peggioramento. La tempestività di un trattamento adeguato in servizi con competenze specialistiche è quindi cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi. Per quanto detto finora, risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l'individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un'alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme." (*Linee guida, Min.d.Salute, 2017*)

Va peraltro tenuto presente che il corteo sintomatologico proprio dei disturbi post-traumatici, se relativi a traumi recenti si sviluppa per la prima volta dopo l'arrivo in Europa, e comunque quando il RTP si trova finalmente al sicuro. Finché la persona è ancora in uno stato di pericolo, quasi mai sono presenti fenomeni patologici; solo quando si percepisce di essere in salvo la mente si divide e ciò che non ha trovato soluzione si ripresenta come sintomo, intrusione nel presente.

Questo comporta che al momento dello sbarco, o nel periodo immediatamente successivo, sono più comunemente visibili la concitazione e lo stress acuto legati al rischio di morire in mare appena vissuto. Esse sono reazioni fisiologiche normali, che possono complicare la rilevazione di problemi mentali già presenti in precedenza. Solo successivamente, nei mesi seguenti, emerge in modo graduale la fenomenologia post-traumatica ed è in queste fasi dell'accoglienza che l'individuazione precoce trova il suo campo di attuazione.

I vari livelli dell'individuazione della sofferenza post-traumatica delle vittime di violenza vengono ben descritti nelle Linee Guida già citate:

1° Livello

"Le attività previste in questo livello tendono tutte a supportare e favorire una prima rilevazione del maggior numero di richiedenti in cui sia ipotizzabile una storia segnata da traumi e violenze estreme e una sofferenza psichica o fisica conseguente ad essi. In questa fase il riconoscimento si baserà su quanto spontaneamente emerso e su quanto rilevato attraverso un'osservazione e/o un ascolto partecipato e strutturato. Questo primo livello di intervento trova il suo compimento nella segnalazione dei richiedenti presumibilmente vittime di violenze estreme, al medico e allo psicologo del Centro di accoglienza. Tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nelle attività del Centro di Accoglienza, dovrebbero collaborare, tenendo conto delle diverse mansioni e competenze, in queste attività. In particolare si ritiene che, dopo una breve formazione specifica, gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli assistenti legali, i mediatori culturali ed eventualmente altri operatori, possano essere messi in grado di cogliere e riconoscere alcuni semplici indizi e segnali (comportamentali, relazionali, di comunicazione verbale e non-verbale, ecc.) osservabili durante lo svolgimento del loro lavoro con i richiedenti e in vari modi riconducibili a vissuti traumatici. Saranno analogamente valorizzati quei contenuti narrativi che, in modo diretto o indiretto, si riferiscano a esperienze traumatiche vissute dal richiedente. Le persone per le quali sulla base delle attività suddette, si arrivi a supporre la presenza di pregresse esperienze traumatiche estreme, saranno invitate a un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante".

A questo riguardo, per approfondire, va aggiunto che le persone con disturbi post-traumatici non sono quelle per cultura, modi personali, o altra patologia psichica si rendono evidenti e 'disturbanti', che potremmo chiamare 'clamorosi'. Sono invece i cosiddetti 'trasparenti', quelli che non si fanno notare, che spariscono, si isolano, non gridano bensì si paralizzano se altri gridano, non intervengono ma sono acquiescenti, non sono agitati e aggressivi ma appaiono spaventati nella mimica. Per questo non sempre ci si può attendere che si rechino dagli operatori per esprimere le loro sofferenze, ma è necessaria un'individuazione attiva da parte del personale.

Ancora meno spesso ci si può attendere che raccontino volentieri la loro storia. Tra tutte le persone riottose a raccontare storie di violenza subita (escludendo, ad esempio, le vittime di tratta che non si fidano o hanno timore di ritorsioni per se stesse e per i familiari), i sofferenti di disturbi post-traumatici attuano un evitamento cognitivo di quanto riguarda quello che è loro successo; non vogliono pensarlo e ricordarlo, figuriamoci raccontarlo. I comportamenti opposti invece, come il voler narrare dei traumi anche in contesti e momenti non adeguati potrebbero, in linea generale, far dubitare della presenza di un PTSD come quadro clinico, qualunque sia l'emozione che accompagna la narrazione. Nella narrazione, come nel comportamento, sono più le ellissi, le mancanze, o lo stile confuso a denunciare la possibilità di eventi traumatici, tali in quanto hanno lasciato lesioni psichiche.

2° Livello

“Il medico e lo psicologo della struttura ospitante o di riferimento del Centro di accoglienza, attraverso alcuni colloqui ed eventualmente con il supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce (questionario, intervista semi-strutturata, etc), valuteranno il grado di vulnerabilità e la probabilità che il soggetto abbia vissuto esperienze di tortura o altre forme di violenza estrema, oltre a indicare l'eventuale urgenza per il successivo invio presso Servizi specialistici (3° Livello). Il colloquio dovrà essere gestito in modo empatico, il medico e lo psicologo del Centro, attraverso la costruzione di una relazione che favorisca l'ascolto e crei le condizioni che facilitino l'emersione della sofferenza, iniziano un percorso di riconoscimento dei segni e dei sintomi riconducibili agli eventi traumatici che potrà portare alla presa in carico clinico-terapeutica della fase successiva. Per le donne, in relazione alle linee di indirizzo internazionale ed europeo, deve essere prevista l'accoglienza da parte di personale femminile, attento alla violenza di genere. L'utilizzo di uno strumento specifico per l'individuazione precoce dei sopravvissuti a tortura e traumi estremi dovrà essere limitato al personale medico e psicologico del Centro di accoglienza e preceduto da un breve training finalizzato al suo corretto uso: non deve richiedere specifiche competenze nelle patologie post-traumatiche; non sostituisce, bensì supporta, il colloquio clinico; non deve essere considerato come un test diagnostico; non può essere utilizzato al fine della determinazione dello status legale di una persona; non può essere utilizzato per limitare i diritti nella fase successiva del procedimento legale. Qualsiasi strumento specifico di supporto alla individuazione, dovrà comunque presentare i requisiti idonei alle finalità richieste, avere ottenuto adeguate verifiche clinico-metodologiche e deve essere validato statisticamente e standardizzato in ambito clinico-scientifico.”

Così recitavano le Linee Guida del Ministero, stilate quando ancora era garantita la presenza dello psicologo nei CAS - Centri di Accoglienza Straordinari. Nella situazione attuale questo secondo livello è difficile da attuare. È utile ad ogni modo sottolineare alcuni elementi, nel caso in cui si torni ad avere la figura dello psicologo nelle strutture di accoglienza. Come è specificato nelle linee guida, a questo livello non è possibile pensare alla formulazione di diagnosi di certezza, appoggiandosi a strumenti testistici affidabili. Soprattutto in casi di Disturbi Dissociativi la diagnosi ha bisogno di tempo per raggiungere la sua definizione. È inoltre sconsigliabile che lo psicologo inizi una psicoterapia per i disturbi del paziente nello stesso ambiente di comunità dove egli vive. Avrebbe lo stesso grado di inadeguatezza di un intervento chirurgico effettuato in un supermercato.

“Fin dal primo momento dell'accoglienza, l'atteggiamento dell'operatore deve essere empatico e di supporto, non giudicante né curioso/voyeuristico, soprattutto nella fase della raccolta delle informazioni, ove necessario, sui motivi della fuga. Bisogna creare un clima di fiducia tale che la persona possa sentire di poter comunicare anche le sue esperienze più problematiche e, in ambito clinico, possa liberamente utilizzare propri modelli esplicativi della sofferenza e del sintomo. Considerata la complessità dei bisogni dei RTP e le conseguenze sulla salute che questi possono determinare è importante svolgere un lavoro di rete coinvolgendo tutti gli attori istituzionali e non, presenti sul territorio. In alcuni casi è possibile che nel contesto di accoglienza la persona instauri modalità relazionali culturalmente difforni da quelle abituali dell'operatore che, quindi, richiedono una specifica preparazione. È importante che ci sia continuità nelle figure di riferimento, limitando per quanto possibile il turn-over del personale. Tale intervento dovrà tenere conto della dimensione di genere e nel caso di donne e ragazze si dovrebbe quindi rendere disponibile, in ogni fase del percorso, personale femminile appositamente formato. La relazione deve essere “trasparente”, anche al fine di instaurare un clima di fiducia

e collaborazione: si sottolinea l'importanza di informare la persona dei propri diritti e dei doveri, in modo semplice e chiaro, e di definire il ruolo di ogni attore coinvolto, verificandone la comprensione."

L'intervento di secondo livello ha i seguenti scopi:

- 1) permettere di osservare e possibilmente determinare con maggiore definizione la natura del problema presentato dal soggetto.
- 2) escludere i casi non di interesse sanitario: i problemi riferibili a carattere e stile di comportamento individuali o culturali del soggetto per cui si è richiesto intervento.
- 3) individuare la necessità per il soggetto esaminato di un passaggio al terzo livello, che prevede l'invio a un centro specializzato per la terapia del problema medico-psicologico rilevato.
- 4) creare un modello di cooperazione, e di fiducia e ascolto, che verrà sviluppato nella terapia di fase 3, e non solo.
- 5) creare il presupposto alla co-terapia che si realizzerà in seguito. E' necessario sottolineare che la gestione sanitaria delle persone sofferenti di Disturbi post-traumatici non può essere solo a carico dei terapisti del Centro specialistico. Al contrario è fondamentale, soprattutto nelle prime fasi di stabilizzazione, la collaborazione con il personale del Centro di accoglienza, e in particolar modo con la figura dello psicologo, qualora presente. Ogni discrepanza tra questi attori aumenta il malessere e la sintomatologia del paziente. È fondamentale la comunicazione reciproca, non solo per il passaggio di informazioni (perché, a parte l'ora di terapia con il professionista, gli occhi che possono osservare il paziente sono quelli del personale del centro), ma anche per far sì che i due agenti, terapeuta e operatori del centro, adottino comportamenti congruenti, che facilitino la possibilità di integrazione psichica del paziente, già disgregato per la patologia.

3° Livello

"I RTP, individuati sulla base delle procedure di cui sopra, saranno tempestivamente inviati, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d'accoglienza, presso strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche, del SSN o da esso riconosciute, per la conferma diagnostica e la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva. Tali strutture sanitarie avvieranno percorsi multidisciplinari integrati nell'ambito dei servizi disponibili del SSN che può avvalersi di Associazioni e altre Istituzioni operanti sul territorio, individuate sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, di attenzione agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere, di multidisciplinarietà e di collaborazione con servizi dedicati ai RTP. "

Anche se *"non esiste un modello standard, ne è prescrivibile un determinato assetto, sicuramente la presa in carico di RTP vittime di tortura pone la necessità di integrare funzioni, e quindi professionalità, sanitarie, sociali, e giuridiche e di coordinarne le attività anche in relazione ai servizi del territorio."*

Infatti, nel delineare un modello di Centro di terzo livello per i RPT, le Linee Guida ministeriali suggeriscono alcuni elementi utili:

"In genere, soprattutto nelle fasi di presa in carico terapeutica, è bene avere un approccio attivo nell'avviare e mantenere la relazione con il paziente ad es. in certi casi può essere necessario ricordare l'appuntamento. È indispensabile che i colloqui relativi al proprio vissuto traumatico (colloquio con gli operatori sanitari e legali, operatori dei centri, ecc.) avvengano in modo coordinato tra gli operatori per evitare la sovraesposizione alle memorie traumatiche e si svolgano in locali idonei e accoglienti, poco rumorosi ed esposti a luce naturale, che garantiscano la necessaria riservatezza."

Approccio multidisciplinare integrato

"E' auspicabile la creazione di accordi formali tra i diversi enti del territorio, in sinergia tra servizio pubblico e privato sociale, in modo da regolamentare funzioni e prassi condivise affinché i percorsi di prevenzione, emersione cura e riabilitazione abbiano carattere non differito e continuativo. (...) Le figure professionali che possono partecipare al percorso multidisciplinare sono molteplici ma tutte devono essere adeguatamente formate

ai diritti umani, ad un approccio transculturale e multidisciplinare; tali figure devono afferire all'ambito sanitario, sociale, legale e della mediazione linguistico-culturale. A titolo di esempio:

- *medico di medicina generale/pediatra di libera scelta*
- *psichiatra/neuropsichiatra infantile*
- *psicologo/psicologo dell'età evolutiva*
- *infermiere*
- *ostetrica*
- *operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità)*
- *operatore legale*
- *mediatore linguistico-culturale*

A seconda delle necessità possono essere previste altre figure sanitarie specialistiche (es. ginecologa, infettivologo, fisioterapista, ortopedico, neurologo, odontoiatra), ed eventualmente sociologi, antropologi e prevedere un'adeguata presenza di personale femminile. ^[1]_[SEP]Nell'ambito del percorso multidisciplinare si sottolinea l'importanza di individuare e attivare la funzione di Case Management (CM), volta a garantire l'accompagnamento nei percorsi sociosanitari e a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti nonché l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.”

Inoltre per quanto riguarda i centri di terzo livello:

“Nell'ambito del percorso multidisciplinare vengono individuati i seguenti obiettivi:

- *valutare le situazioni vulnerabili che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni e predisporre proposte di percorsi specifici di presa in carico sociosanitaria ed assistenziale;*
- *sostenere la persona vittima di tortura attraverso una risposta multidisciplinare ed integrata di tipo clinico, assistenziale, relazionale e di integrazione sociale mirata a favorire percorsi di autonomia;*
- *garantire alla persona vittima di tortura accesso alla rete dei servizi (emersione e diagnosi, cura e riabilitazione) in funzione delle specifiche esigenze;*
- *ampliare la rete di referenze sul territorio e utilizzare strumenti idonei per affrontare le situazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria in modo efficace accessibile, sostenibile ed in tempi adeguati;*
- *supportare il quotidiano lavoro degli operatori del territorio, offrendo opportunità di formazione, aggiornamento, supervisione, consulenza specifiche.*
- *esaminare le richieste di certificazione degli esiti fisici e psichici delle violenze subite dai RTP.*

A livello locale è necessaria una funzione di coordinamento di tutti gli attori coinvolti nelle attività sociosanitarie e giuridiche, rivolte ai richiedenti asilo e rifugiati vittime di tortura. Nell'ambito di tale funzione di coordinamento è auspicabile:

- *predisporre interventi di prevenzione con particolare attenzione alle tematiche della salute degli operatori, che lavorano con i RTP, a rischio di traumatizzazione vicaria;*
- *promuovere programmi di formazione, inclusa la formazione sulla violenza di genere, rivolti al personale sanitario e sociale dell'azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi di accoglienza e protezione dei RTP e ai mediatori linguistico-culturali;*
- *monitorare l'attuazione dei percorsi multidisciplinari elaborando un rapporto quali-quantitativo annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi da trasmettere alla Regione o Provincia autonoma che lo invierà il report regionale al Ministero della salute ai fini della redazione di un rapporto nazionale sull'attuazione delle presenti linee guida.*

“Il medico che nel percorso multidisciplinare si occupa della presa in carico del paziente richiedente asilo, indipendentemente dalla disciplina sanitaria di cui è specialista, deve avere una formazione specifica e avere

eseguito un periodo adeguato di training presso strutture che si occupano in modo multidisciplinare ed elettivo della cura delle vittime di tortura.

La presenza di un mediatore culturale affidabile e competente in ambito sanitario è spesso indispensabile per far emergere pensieri, ricordi e sensazioni già di per sé difficili da elaborare e comunicare. La stretta collaborazione tra medico, psicologo e mediatore culturale è fondamentale in quanto difficile o impossibile è ricondurre la sofferenza ad un'origine solo psicofisica, perché condizionata, anche, da valori culturali e religiosi.

La presa in carico degli assistiti è svolta, tenendo conto di ogni caso e della prospettiva di genere, da un medico di medicina generale, uno psichiatra, uno psicologo ed un medico legale, con la stretta collaborazione degli operatori sociali ed i mediatori linguistico culturali, in un approccio multidisciplinare che consente una migliore valutazione dei quadri clinici e della loro evoluzione e permette di migliorare la qualità dell'assistenza."

"In questa ottica va inquadrata anche la certificazione medico-legale che si realizza al termine del percorso di presa in carico."

Quello che si legge nelle intenzioni del modello proposto dal Ministero è:

- 1) Proporre Centri specializzati in cui le figure, sanitarie e non, sopra nominate interagiscano con le necessità del paziente, integrandosi senza sovrapporre il loro ambito in modo tale da non confondere i rispettivi ruoli.
- 2) Il personale di tali centri dovrebbe essere formato alla specificità del compito, nei rispettivi ambiti, indipendentemente e in aggiunta alle competenze personali possedute da ciascuno nella rispettiva disciplina.
- 3) È fondamentale che la formazione di psichiatra e psicologo sia specifica in merito alla patologia post-traumatica di cui soffrono le vittime di violenza afferenti al servizio e che essi abbiano esperienza nel lavoro con il mediatore linguistico culturale.
- 4) L'organizzazione del centro deve essere integralmente dedicata a questa problematica, ovvero non deve trattarsi di una specializzazione tra le altre all'interno un centro di salute dedicato, in cui ogni professionista lavora per suo conto e secondo le sue competenze, ma l'integrazione della persona deve iniziare dall'integrazione del Centro che se ne occupa.

In appendice si accludono alcune schede sugli argomenti trattati, tratte dalle suddette Linee Guida:

SINTOMI DEL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO	
Sintomi intrusivi (ricorrenti e associati, anche in modo subliminale, all'evento traumatico)	Incubi notturni Flashback Pensieri Intrusivi e Memorie Automatiche Sentirsi paralizzati dalla paura e/o aver voglia di scappare Crisi d'ansia o di panico
Sintomi di evitamento e alterazioni negative di pensieri e emozioni	Ottundimento/distacco emotivo Disturbi dell'attenzione Riluttanza/impossibilità a parlare e rievocare le esperienze traumatiche Incapacità/difficoltà nel sentire gioia o provare amore Tendenza all'isolamento Perdita di fiducia in sé e nel mondo
Alterazioni marcate dell'arousal e della reattività	Comportamenti impulsivi e/o autolesivi Irritabilità, scoppi di rabbia e collera Senso di persistente tensione, minaccia, irrequietezza, pericolo Ipervigilanza e "Startle response" Insonnia severa

SINTOMI E DISTURBI DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO COMPLESSO	
Sintomi del PTSD	Sintomi intrusivi persistenti (associati, anche in modo subliminale, all'evento traumatico) Sintomi di evitamento e alterazioni negative di pensieri e emozioni Alterazioni marcate dell'arousal
Disregolazione degli impulsi e delle'emotività	Sensazione/paura di perdere il controllo delle proprie azioni Incapacità di tollerare affetti negativi Incapacità a auto-contenersi o auto-consolarsi Deficit nel controllo degli impulsi (alimentari, emotivi/aggressivi, sessuali, etc.) Comportamenti autodistruttivi: autolesionismo, promiscuità sessuale, comportamenti rischiosi o dannosi, vissuti come condotte non proprie e non presenti precedentemente nel soggetto
Cambiamenti nella percezione del sè	Sentire di essere diventata una persona completamente diversa Confusione dell'identità: perplessità e profonda conflittualità su chi si è, pericolo
Cambiamenti nel comportamento e nelle relazioni con gli altri	Alterazioni dell'Identità: variazioni, anche sostanziali nei comportamenti, nelle abitudini, nei giudizi, nel tono della voce, nella calligrafia, ecc. Vulnerabilità alla re-vittimizzazione e allo sfruttamento
Cambiamenti nei significati e nel senso di sé e delle cose	Percepire il mondo come pericoloso e se stessi come irrimediabilmente danneggiati e responsabili del trauma

Bibliografia

- Bhugra D. *Migration and mental health*, Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 243– 258.
- Copeland W.E. et al, *Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood*. Arch Gen Psychiatry 2007, 64(5), pp. 577-584.
- Dapunt J. et al, *Risk of psychosis in refugees: a literature review* . Transl Psychiatry (2017) 7, e1149.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008), *The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review*. Clinical Psychology Review, 2008, 28, pp. 36-47.
- Kessler et al, *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 1995, Dec, 52(12), pp. 1048-60.
- Priebe S, Giacco D., El-Nagib R. *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the*

WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, 2016.
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees,-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>

- Steel Z. et al., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis.* JAMA, August 5, 2009, Vol 302, 5, pp. 537- 549.

2. La certificazione medico-legale nell'ambito del diritto d'asilo in Italia: la valutazione degli esiti di tortura e violenza intenzionale

A cura di Giancarlo Santone e Erica Bacchio.

<http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/155>

L'attività medico legale su cui basiamo la nostra riflessione si è svolta nell'ambito del lavoro della UOSD Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), struttura sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1, in cui la valutazione medico legale si situa alla fine di un percorso di accoglienza, assistenza sanitaria di base e specialistica ed orientamento sociale e giuridico. Tale percorso può effettuarsi interamente presso il SAMIFO o in collaborazione con medici e operatori di altri contesti di accoglienza e di cura.

Nel quadro di una presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati, la figura del medico legale valuta e certifica esiti di tortura e di trattamenti inumani e degradanti.

Sul piano del diritto internazionale, la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, adottata dall'assemblea delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1984, presenta, a nostro avviso, la definizione più esaustiva e condivisa della tortura; viene inoltre esteso il divieto ai trattamenti crudeli, disumani o degradanti e si stabilisce l'obbligo per ogni stato contraente di punire i torturatori oppure di estradarli allo Stato che ne faccia richiesta e abbia titolo per processarli (principio della "universalità" della giurisdizione).

Secondo l'art.1 il termine tortura indica: *“qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore e sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o di far pressione su di lei o di intimidire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenze siano inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito”*. Segnaliamo che i torturatori possono essere estranei ad inquadramenti istituzionali come in contesti di guerra civile o di violenza generalizzata come la Libia.

Stante questa premessa, il Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) include nel concetto di tortura diverse tipologie di maltrattamenti suddividendole in tre categorie:

- tortura fisica, considerata in relazione agli esiti fisici che produce nella vittima;
- tortura psicologica, che mira specificamente a distruggere l'identità della vittima attraverso ripetute umiliazioni ed violazioni;
- tortura sessuale che potrebbe rientrare tra le torture fisiche, ma che viene descritta separatamente a causa del grande impatto sociale e psicologico che essa causa.

Altro importante dato da evidenziare è che, oltre a questi maltrattamenti, la cui crudeltà è comunemente riconosciuta, possono essere descritti gli esiti di altre tipologie di violenza, definibili come trattamenti inumani e degradanti, che possono assumere le più svariate forme, ma che, come la tortura, possono minare l'identità della vittima: detenzione in luoghi sovraffollati, in scadenti condizioni igienico-sanitarie, con deprivazioni di cibo, acqua e cure mediche adeguate, imposizione di lavori forzati, etc.

Nell'ambito della procedura di valutazione della domanda di protezione, assume rilevanza centrale l'audizione del richiedente, in quanto essa rappresenta il momento in cui lo stesso può spiegare in maniera dettagliata le ragioni della sua fuga dal Paese di origine ed i motivi per cui non può più farvi ritorno. Ai sensi dell'art. 8, comma 3-bis, del d.lgs. 251/2007 (modificato dal d.lgs. 142/2015), la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale, sulla base degli elementi forniti dal richiedente, può disporre, previo consenso dello stesso, *«visite mediche dirette ad accertare gli esiti di persecuzioni o danni gravi subiti effettuate secondo le linee guida di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni. Se non viene disposta una visita medica, il richiedente può effettuarla a proprie spese e sottoporre i risultati alla Commissione ai fini dell'esame della domanda»*.

Dunque, nel contesto della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale, sia nella fase amministrativa che in quella eventuale giudiziaria, la certificazione medica, quando conforme agli standard internazionali, rappresenta un valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare la domanda della protezione stessa.

In particolare, la certificazione medico legale può aiutare a valutare la congruenza tra la sintomatologia ed altri riscontri obiettivabili e le narrazioni rese dal richiedente protezione in merito alle torture, maltrattamenti o altri traumi subiti.

La certificazione può essere altresì utile per accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata che determinano la necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, al fine di dare indicazione sui possibili effetti sulla salute del richiedente di un eventuale rimpatrio.

Il medico può inoltre informare la Commissione sulle difficoltà “psicologiche” che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi, dovuti ad esempio a disturbi della memoria o episodi dissociativi, o fornendo delucidazioni sulla possibile riluttanza del richiedente nella descrizione di episodi traumatici del proprio vissuto.

E' molto importante ribadire che la certificazione medico-legale si realizza al termine di un percorso di presa in carico che coinvolge la medicina generale e, se necessario, la psichiatria, la ginecologia ed altri specialisti medici, la psicologia, e, appunto, il medico legale, con la stretta collaborazione di mediatori culturali, operatori sociali e legali, in un approccio multidisciplinare che consenta una valutazione dei quadri clinici e permetta di migliorare la qualità dell'assistenza. Nel contesto di tale presa in carico multidisciplinare, la certificazione va vista come un passaggio complesso, ma importante per il richiedente asilo nel processo di ricostruzione di quella credibilità storica e soggettiva che si intendeva annientare attraverso la tortura o altre forme di violenza intenzionale.

Gli elementi fondamentali della metodologia valutativa medico legale sono da riconoscersi vuoi nelle fasi di osservazione, identificazione e descrizione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili, vuoi nella capacità di formulare diagnosi differenziali rispetto a quanto apprezzato, al fine di definirne le riconducibilità traumatiche (accidentali o non accidentali) e/o patologiche (naturali e/o indotte).

La competenza medico legale appare, dunque, la più idonea in virtù di competenze tecniche, che risultano necessarie non solo nella fase di acquisizione delle informazioni tecniche, ma ancor più nella fase valutativa.

In questo campo, il medico legale è chiamato all'oggettiva documentazione delle evidenze e alla loro interpretazione nell'ottica di un inquadramento delle lesività riscontrate, al fine di poter esprimere un giudizio medico legale il più possibile aderente alla realtà. Lo scopo dello studio della lesività è di identificare la natura, le caratteristiche delle lesioni ed il mezzo che le ha prodotte, individuare i meccanismi patogenetici e le modalità secondo cui l'agente lesivo ebbe ad agire, nonché quello di obiettivare tutti gli elementi utili per la ricostruzione della dinamica dell'evento traumatico ed i tempi in cui questo ha prodotto la sua azione.

E' importante precisare che, in sede di audizione, il richiedente è tenuto a motivare la domanda di protezione internazionale, ma qualora taluni aspetti delle sue dichiarazioni non fossero suffragati da prove documentali o di altro tipo, la loro conferma non è comunque necessaria se sono soddisfatte alcune condizioni le quali ricorrono quando (direttiva 2004/83/ CE):

- il richiedente ha compiuto sinceri sforzi per circostanziare la domanda;
- tutti gli elementi pertinenti in suo possesso sono stati prodotti ed è stata fornita una spiegazione soddisfacente dell'eventuale mancanza di altri elementi significativi;
- le dichiarazioni del richiedente sono ritenute coerenti e plausibili e non sono in contraddizione con le informazioni generali e specifiche pertinenti al suo caso di cui si dispone;
- il richiedente ha presentato la domanda di protezione internazionale il prima possibile, a meno che egli non dimostri di aver avuto buoni motivi per ritardarla;
- è accertato che il richiedente è in generale attendibile.

Da ciò deriva una forte valorizzazione dei poteri istruttori officiosi della Commissione e del giudice, ai quali spetta il compito di cooperare nell'accertamento di tali condizioni, acquisendo anche d'ufficio le informazioni necessarie a conoscere l'ordinamento giuridico e la situazione politica del Paese d'origine.

E' d'uopo sottolineare che l'assenza di una «prova fisica» di violenza non deve essere interpretata per sostenere che la tortura non sia avvenuta, poiché molte forme di essa frequentemente non lasciano segni o cicatrici permanenti. E' il caso, ad esempio, della tortura sessuale, ove, a distanza di mesi la visita ginecologica non è in grado di evidenziare lesioni caratteristiche, ma solo elementi indicativi nei casi, purtroppo non rari, di violenza estrema praticata da più soggetti e/o con strumenti.

Se consapevolmente orientato alla ricerca e all'individuazione degli eventi di violenza, l'intervento del medico può, dunque, far emergere la realtà, spesso sommersa, della tortura.

La procedura di certificazione da noi adottata si conforma agli standard nazionali - le linee guida del decreto ministeriale del 3 aprile 2017 per *“l’assistenza e la riabilitazione nonché il trattamento dei disturbi psichiatrici nei rifugiati e richiedenti asilo che hanno subito torture, stupri e altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”* - ed internazionali – il Protocollo di Istanbul, che rappresenta la più autorevole fonte internazionale di indirizzo sulle modalità d’indagine e documentazione degli esiti di tortura. Questo manuale rappresenta uno strumento per assistere i medici nell’adempimento dell’obbligo di riconoscere, documentare e riportare le prove di tortura.

In tutti i casi è importante procedere all’accurata raccolta anamnestica e alla descrizione delle lesività corporee obiettivamente valutando che le tempistiche e le modalità di produzione delle stesse risultino coerenti con il racconto fornito dalla vittima.

Occorre qui sottolineare che per le complesse e delicate implicazioni non solo di tipo clinico assistenziale, ma anche etico e giuridico, la certificazione è un processo di grande significato che può incidere sullo stato di benessere e salute della persona. È necessario quindi che essa venga effettuata da personale competente, in strutture che possano farsi carico di tutte le fasi del percorso, comprese eventuali reazioni traumatiche durante e dopo la visita.

A tal proposito è necessario ricordare che gli operatori coinvolti nell’assistenza delle vittime di tortura devono aver ricevuto un’adeguata formazione, anche al fine di ridurre il rischio di traumatizzazione vicaria, ovvero le conseguenze emotive e comportamentali del terapeuta o altro operatore risultante dalla relazione con le vittime di eventi traumatici (Figley, 2002).

Si sottolinea infine che la formazione continua e l’aggiornamento degli operatori rappresentano uno strumento fondamentale per promuovere la qualità degli interventi rivolti ai richiedenti protezione internazionale, anche in considerazione delle frequenti modifiche della legislazione e delle procedure in materia.

Alla luce di quanto sopra detto, il processo di certificazione deve rispondere ai requisiti indicati quali la multidisciplinarietà, l’adeguata formazione e competenza degli operatori, l’adeguato setting, la tutela della riservatezza e di tutti i diritti della persona richiedente.

Le visite mediche - inclusa quella medico-legale - e gli eventuali accertamenti sanitari possono, per la loro stessa natura, ritraumatizzare il paziente e provocare o inasprire sintomi di stress post-traumatico suscitando effetti e ricordi dolorosi. È importante quindi che la persona conosca già il contesto di cura, che sia dettagliatamente informato sulle modalità e scopi delle visite e che si acquisisca il suo consenso dopo averne accertato la totale comprensione. A tal proposito si ribadisce l’importanza della presenza di un servizio competente di mediazione linguistico-culturale.

Alla luce di quanto detto la certificazione deve contenere gli elementi di seguito indicati.

Innanzitutto il contesto: sede della visita e qualifica del certificante. A tal proposito, appare utile ricordare che, come indicato nelle citate linee guida, *“il processo di certificazione deve avvenire preferibilmente in strutture del Servizio Sanitario Nazionale che devono essere identificate dalle ASL/Regioni come idonee per svolgere tale attività in conformità con quanto previsto nel presente documento. La ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi ed operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati, anche in materia di educazione dei diritti umani. La certificazione può inoltre essere rilasciata da centri/organizzazioni no profit, individuati dalla Asl/Regione sulla base di requisiti stabiliti, che per esperienza, competenza, assenza di conflitto di interessi e di ogni altra forma di condizionamento, possano garantire la correttezza e la completezza del percorso di certificazione. Tutte le strutture che svolgono questo compito devono garantire l’imparzialità, la multidisciplinarietà, l’accessibilità, la sostenibilità e la presa in carico ed è necessario che corrispondano ad un obbligo informativo verso la ASL/Regione di pertinenza, utile ai fini della programmazione delle prestazioni che devono essere offerte a tali pazienti”*.

A tal proposito si ritiene necessaria la creazione di un database nazionale per rendere uniforme la raccolta e l’analisi dei dati inviati dai vari Centri autorizzati alla certificazione.

Tornando alla certificazione, è necessario riportare i dati anagrafici del richiedente e gli estremi di un documento identificativo (permesso di soggiorno o documento d’identità).

Si passa poi all’anamnesi familiare, con particolare attenzione alla presenza di familiarità per gravi malattie mediche e/o psichiatriche. L’anamnesi fisiologica deve indagare principalmente la scolarità, le attività lavorative svolte, attività sportive, servizio di leva, eventuali gravidanze/parti.

L’anamnesi patologica valuta con attenzione la presenza di eventuali malattie croniche, infortuni sul lavoro, incidenti stradali, interventi chirurgici.

Si passa poi all'anamnesi "traumatica". Questa è la fase a maggior rischio di (ri)accensione di sintomi da stress post-traumatico. La vittima viene ascoltata riguardo alle ragioni per cui è fuggita dal paese d'origine. La parte più rilevante in questa fase è correlata alla modalità in cui è stata commessa la violenza. Vengono indagati gli strumenti di tortura, le posizioni del corpo, gli eventuali metodi di costrizione utilizzati.

Si passa poi all'esame obiettivo. Viene eseguita una visita medica generale e, quindi, un esame specifico di ogni lesione. Della lesione viene descritta: la sede in cui si trova, il cromatismo, la forma alla quale può essere assimilabile, orientamento, dimensioni, caratteristiche dei contorni o dei margini, consistenza ed eventuale sintomatologia ad essa associata.

Specifiche informazioni - quali la descrizione di strumenti di tortura, delle posizioni del corpo, i metodi di costrizione nonché i luoghi - possono essere utili per correlare le violenze con le evidenze riscontrate durante la visita.

Devono essere indagati sintomi acuti e cronici associati a forme specifiche di abuso ed i successivi processi di guarigione.

Bisogna chiedere al paziente di indicare i disturbi che egli ritiene siano associati alla tortura o ai maltrattamenti, annotare la gravità, la frequenza e la durata di ogni sintomo ed ogni eventuale invalidità associata o necessità di cura medica.

Viene altresì indagato con attenzione l'aspetto psicologico, con particolare riguardo alla presenza dei sintomi quali difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, incubi ricorrenti del trauma subito. Bisogna indagare l'eventuale presenza di disturbi psicosomatici (cefalea, osteo-muscolo-articolari, sindrome da dolore cronico, disturbi gastrointestinali, disturbi della sfera sessuale), irritabilità, difficoltà di mantenere l'attenzione e la concentrazione, disturbi della memoria, episodi dissociativi, ideazione autolesiva, abuso di alcolici e sostanze stupefacenti.

Si devono considerare gli elementi che possano rendere difficile la narrazione della storia in modo coerente in particolare per quanto riguarda la successione temporale, spesso presenti e dovuti a disturbi della memoria traumatica.

Infine, l'esito della visita viene integrato dalla disamina dell'eventuale documentazione sanitaria già presente o dal responso di esami strumentali richiesti specificamente per il caso.

L'analisi delle lesioni consente di stabilire l'epoca delle lesioni. Non appare possibile determinare il momento esatto di produzione, quanto, semmai, fornire una compatibilità tra l'obiettività e il racconto del richiedente.

Per ogni lesione osservata, il medico legale deve indicare il grado di compatibilità con la forma di tortura denunciata dal paziente. Fondamentalmente, è la valutazione globale di tutte le lesioni che è importante nella valutazione della storia, e non la compatibilità di ogni lesione con una particolare forma di violenza denunciata.

Si utilizzano i seguenti termini, tratti genericamente dal Protocollo di Istanbul:

- **non compatibile:** la lesione non può essere stata causata dal trauma descritto (es. patologie dermatologiche, es. vitiligine, sclerodermia, poliartrite nodosa, manifestazioni cutanee di vasculiti, malformazioni congenite, esiti di interventi chirurgici);
- **compatibile:** la lesione può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause (es. avulsione dentale, lesioni da corpi contundenti);
- **altamente compatibile:** ovvero la più probabile delle cause (es. lesione da caustici, esiti di ustioni, esiti di legature, fustigazione, sospensione);
- **tipico:** la lesione viene appunto "tipicamente" riscontrata in quel tipo di trauma (es. lesioni a stampo da strumento metallico surriscaldato, falaqa²², bruciature di sigarette);
- **specifico:** la lesione non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto (es. proiettile ritenuto, lama ritenuta).

Per quanto attiene alle conseguenze psichiche nelle vittime di violenza intenzionale, sono fondamentali alcune premesse, necessarie per la differenza di meccanismo patogenetico alla base della formazione della patologia mentale.

²² Pratica consistente nell'applicazione ripetuta di traumi da corpo contundente ai piedi (o, più raramente, alle mani o ai fianchi), di solito praticata con manganelli, tubi o strumenti simili.

Innanzitutto è necessario sapere che gli eventi traumatici - inclusa la tortura che di per sé è il fattore singolo di maggior impatto per la genesi di disturbi post-traumatici - secondo ripetute ricerche non esitano in una patologia post-traumatica per una quota maggiore del 50% delle vittime. Questo comporta che l'assenza di sintomatologia psichica non esclude per nulla l'evenienza di eventi di violenza di cui il soggetto sia stato vittima.

Secondariamente, la patologia conseguente ad eventi traumatici presenta quadri specifici, inquadrabili nei capitoli dei disturbi post-traumatici e dei disturbi dissociativi. Questi due gruppi di patologie sono gli unici, nella congerie di tutti i disturbi mentali, ad aver riconosciute cause traumatiche nella loro genesi.

Una terza considerazione generale importante è quella della non specificità del quadro sintomatologico, se presente. Vale a dire che la reazione anormale dell'organismo che costituisce la sintomatologia dei disturbi post-traumatici non è specifica di determinati eventi, potendo generarsi per accadimenti estremamente differenti tra loro per gravità, violenza, epoca della vita del soggetto e contesto. Non esistono quadri clinici specifici di un solo tipo di evento o violenza, neanche per la tortura.

Infatti l'impatto a livello psichico della tortura dipende dal sistema di pensiero e di valori dell'individuo, dal suo sviluppo personale e da fattori sociali, politici e culturali. Questo insieme di fattori individuali rende ragione sia del fattore resilienza (con le risorse che vengono in aiuto prima dell'evento traumatico, come elementi di protezione, o dopo, come elementi di recupero), che della suscettibilità allo sviluppo della patologia.

Ecco perché non si può affermare che tutte le forme di tortura producono gli stessi effetti.

C'è poi da considerare che la patologia psichica è multifattoriale, con eventi della vita che agiscono con meccanismo moltiplicativo, il cosiddetto *building-block effect* (Schauer et al; 2003): eventi anche precedenti alla persecuzione aumentano la gravità dei sintomi e possono indebolire la possibilità di dimostrazione del nesso di causalità dall'evento specifico. Un modello approssimativo potrebbe essere quello che distingue le predisposizioni causali dall'evento scatenante.

Questo è particolarmente vero nei casi di Disturbi Dissociativi, in cui è chiamata in causa una continuità di contesto traumatico durante l'infanzia o la prima adolescenza. In questi casi una violenza capitata in età adulta ha valore di evento scatenante, come l'accensione di un cerino in una polveriera: qui il nesso causale dell'accadimento remoto viene ad essere evidentemente depotenziato nella sua gravità.

In linea generale la sintomatologia presentata da un paziente non può di per sé, anche se evidentemente diagnosticabile come post-traumatica, rimandare direttamente ad episodi di violenza narrati dal paziente; potrebbe infatti essersi generata per altre causalità traumatiche determinanti.

Come conclusione vale la pena sottolineare alcune conseguenze di quanto specificato:

1. l'assenza di sintomatologia psichica post-traumatica non inficia la possibilità che il soggetto abbia subito violenza, anche estrema;
2. la presenza di una patologia psichica non riferibile a conseguenze di traumi, come depressione, disturbi di personalità, schizofrenia, disturbo bipolare, non è significativa per scopi medico legali (dimostrare che si è verificato un evento traumatico), ma non esclude che il soggetto possa aver subito violenza intenzionale;
3. la presenza di patologia post-traumatica ci dice che nella vita del soggetto sono avvenuti uno o più eventi causanti l'attuale patologia, ma non ne indica la natura e la specificità;
 - a. In caso di Disturbi Dissociativi il rimando è a traumi infantili continuativi e ripetuti, incluse situazioni di trascuratezza e povertà affettiva nell'ambiente del paziente o essere nati e cresciuti in contesti di violenze diffuse e guerra.
4. la presenza di patologia post-traumatica contemporanea a lesioni fisiche specifiche è più indicativa di verosimiglianza causale, per lo meno come causa scatenante, ma incide più sulla valutazione delle eventuali conseguenze invalidanti, che come indicatore di supporto alla testimonianza della vittima.

Una possibile classificazione potrebbe essere la seguente:

- **non compatibile** (non è dimostrabile un nesso di causalità): la patologia psichiatrica riscontrata non è causata dal trauma descritto (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi di personalità, depressione maggiore), ma non esclude la possibilità che si sia verificato un evento traumatico;
- **compatibile**: alcuni sintomi, condotte o disturbi che appartengono al quadro generale dei disturbi post-traumatici, se presenti singolarmente, non rimandano direttamente all'evento traumatico

descritto (possono essere compatibili ma non sono sufficientemente indicativi) (es. sintomi ansiosi, abuso di sostanze, irritabilità, sintomi depressivi, insonnia);

- **altamente compatibile:** la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto ma ci sono altre possibili cause (PTSD, disturbi dissociativi, PTSD complesso).

La certificazione verrà letta al paziente per accertarsi che il suo contenuto corrisponda a quanto dichiarato ed accertandosi che abbia compreso. Solo successivamente verrà sottoscritto e consegnata al soggetto che la sottoporrà, agli organismi deputati a valutare la domanda di protezione, sia nella fase amministrativa che in quella eventuale giudiziaria

Nella nostra esperienza, per quanto attiene alle violenze subite, spesso gli abusi vengono perpetrati nel Paese di origine e lungo la rotta migratoria, negli ultimi anni in particolare in luoghi di detenzione e sequestro in Libia.

La maggioranza dei migranti giunti dalla Libia dichiara di aver subito in quel paese torture e, nello specifico, detenzione/sequestro in luoghi sovraffollati in scadenti condizioni igienico- sanitarie, costanti deprivazioni di cibo, acqua e cure mediche, gravi e ripetute percosse con oggetti contundenti e strumenti flessibili, stupri e oltraggi sessuali, ustioni provocate con gli strumenti più disparati, falanga, scariche elettriche e torture da posizioni stressanti come ammanettamento, sospensione, etc.

Le tipologie lesive riscontrate nella nostra casistica sono le più varie, con una particolare prevalenza degli esiti cicatriziali da corpi contundenti. Sono altresì frequentemente rilevati esiti da arma bianca, come pure lesività da energia termica e da arma da fuoco.

Per quanto riguarda gli esiti psichici post-traumatici, molti richiedenti e titolari di protezione mostrano evidenti disturbi, per cui si rende necessario l'intervento di supporto psicologico/psichiatrico.

La sintomatologia è prevalentemente caratterizzata da paura, distacco emozionale, assenza di reattività, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, "flashback". Spesso tali problematiche ricevono meno attenzione delle sequele fisiche, e vengono ignorate o diagnosticate in ritardo. È evidente che questo, oltre a comportare un peggioramento e una possibile cronicizzazione del quadro clinico, potrebbe causare gravi difficoltà nel percorso di integrazione dei migranti nei paesi di asilo.

La valutazione medico legale, spesso considerata la "regina delle prove" nell'ambito dell'analisi degli esiti di tortura, quando conforme agli standard internazionali, rappresenta perciò un valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare la domanda di protezione.

Come abbiamo visto, è responsabilità del medico legale l'oggettiva documentazione dei dati e la loro interpretazione nell'ottica di un inquadramento delle lesività riscontrate, al fine di poter esprimere un giudizio il più possibile aderente alla realtà.

Orbene, se è vero che lo status di rifugiato è oggi primariamente concesso in relazione alla fondatezza della storia traumatica personale, nella maggior parte dei contesti italiani l'esecuzione di valutazioni medico legali degli esiti di tortura e altre forme di trattamenti inumani e degradanti non costituisce la regola ma, purtroppo, l'eccezione.

Le considerazioni riportate fanno dunque emergere la necessità di implementare l'approccio dell'analisi medico legale nell'ambito del Diritto d'Asilo in Italia, inserendo la certificazione all'interno dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Si ringraziano Martino Volpatti, Rossella Carnevali, Emilio Vercillo, Carlo Bracci per il loro contributo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Bracci C. La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati. Ed. Parsec Consortium, Roma. 2009.
- Beneduce R. Pensare la violenza: un approccio etnopsichiatrico alla tortura (in Pensare la violenza. Atrocità di massa, tortura e riabilitazione). Ed. ICS, Roma. 2003.
- Fassin D., D'Halluin E. The truth in the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers. Am Anthropol. 2005. 107:597e608.

- Franceschetti L., Magli F., Merelli V.G., Muccino E.A., Gentilomo A., Agazzi F., Gibelli D.M., Gambarana M., De Angelis D., Kustermann A., Cattaneo C. The effect of the medico-legal evaluation on asylum seekers in the Metropolitan City of Milan, Italy: a pilot study. *Int J Legal Med.* 2018.
- Furtmayr H., Frewer A. Documentation of torture and the Istanbul Protocol: applied medical ethics. *Med Health Care Philos.* 2010. 13:279–286.
- Figley C.R. Treating compassion fatigue. Ed. Brunner-Routledge, New York. 2002.
- Istanbul Protocol: Manual of effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Submitted to the UN High Commissioner for Human Rights on 9 August 1999.
- Mandel L., Worm L. Documentation of torture victims. Implementation of medico-legal protocols. *Torture.* 2007. 17:18–26.
- Ministero della Salute. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Roma, 22 marzo 2017.
- Mollica R. F., Donelan K., S. Tor et al. The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand- Cambodia border camps. *JAMA.* 1993. 270:581-586.
- Perera C., Verghese A. Implementation of Istanbul Protocol for effective documentation of torture - review of Sri Lankan perspectives. *J Forensic Legal Med.* 2011. 18:1–5.
- Schauer M., Neuner F., Kamnakara U. et al. PTSD and the “building block” effect of psychological trauma among West Nile Africans. *ESTSS (European Society for Traumatic Stress Studies) Bulletin.* 2003. 10(2): 5-6.
- Thomsen J.L. The role of the pathologist in human rights abuses. *J Clin Pathol.* 2010. 53:569–572.
- Vacchiano F. Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell’esperienza dei richiedenti asilo in Italia. Ed. Meltemi, Roma. 2005.
- Vercillo E., Guerra M. Clinica del trauma nei rifugiati. Ed. Mimesis Edizioni, Milano-Udine. 2019.

4. FOLLOW-UP DELLO SVILUPPO DEI MINORI STRANIERI NON COMUNITARI NATI A RISCHIO.

A cura dell'equipe integrata del TSMREE e del progetto

<http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/155>

Tra le attività previste nel progetto I.C.A.R.E. vi è la definizione di percorsi assistenziali per la tutela della salute dei minori stranieri non comunitari per il corretto inquadramento diagnostico e presa in carico.

Nell'ambito di questo obiettivo, una particolare attenzione deve essere posta a permettere l'accesso alle cure dei minori non comunitari nati da gravidanze a rischio e/o da madri in condizioni di fragilità psico-sociale, e ciò può avvenire solo attraverso l'attuazione di percorsi multidisciplinari e interdipartimentali integrati.

Sono infatti diffusamente riportati in letteratura studi che evidenziano che i soggetti nati da gravidanze a rischio o in ambiente psicosociale fragile, i prematuri con età gestazionale inferiore alla 36^a settimana e i neonati con sofferenza pre- peri- o post-natale, in una alta percentuale di casi (circa 42%) possano presentare disarmonie, atipie e/o disturbi neuropsicosensoriali (PCI, ritardo mentale, cecità e sordità, disabilità media e lieve come problemi della sfera posturomotoria, riduzione delle abilità cognitive, linguistiche e scarsa "performance" globale dell'apprendimento scolastico, problemi emotivi, relazionali e comportamentali).

Inoltre l'80% delle madri dei bambini dimessi dalla TIN o da un reparto di patologia neonatale, incontra rilevanti difficoltà nella gestione e comprensione del proprio bambino con conseguente sensazione di inadeguatezza, scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali e spesso difficoltà nella regolazione delle prime e più significative relazioni di attaccamento.

Diventa quindi fondamentale una precoce individuazione di questi soggetti, per poter attuare in tempi molto brevi una valutazione da parte di personale specializzato e, eventualmente, un intervento tempestivo volto a ridurre le conseguenze del disturbo,

prima che questo diventi patologia conclamata o, in alternativa, mettere in atto un programma di follow-up a cadenze definite.

Il progetto "follow-up dello sviluppo dei bambini non comunitari nati a rischio" si inserisce in un più ampio progetto della ASL Roma 1 che coinvolge TSMREE, ospedali (in particolare reparti di Neonatologia, Patologia Neonatale e TIN), consultori, pediatri di libera scelta, rivolto ai minori nati a rischio nel territorio della ASL Roma 1.

2) Obiettivo generale

Nell'ambito del Progetto I.C.A.R.E., la necessità di attuare un percorso integrato e multidisciplinare volto a una precoce individuazione di problematiche neuro psicomotorie dei soggetti non comunitari nei primi anni vita, si propone di ridurre due aspetti di criticità:

a) la difficoltà ad accedere alle cure sanitarie da parte di minori non comunitari, in particolare nei primi mesi di vita, legata a diversi fattori (fragilità sociale e psicologica delle madri, in particolare delle donne RTPI, mancata conoscenza delle problematiche legate ad una gravidanza a rischio o ad una condizione di sofferenza pre- peri- e post-natale, mancata conoscenza delle strutture preposte alla valutazione e alla presa in carico, mancata conoscenza della lingua ecc.)

b) la tardiva segnalazione delle suddette problematiche neuropsicomotorie nei soggetti di prima e seconda infanzia, quando il disturbo è conclamato e spesso già strutturato in una patologia.

3) Obiettivo specifico

Segnalazione precoce, possibilmente entro il 6° mese di vita, da parte di tutto il personale che viene a contatto con madri in situazione di gravidanza a rischio o con neonati rientranti nelle categorie di rischio, di bambini non comunitari in condizioni di rischio dello sviluppo neuropsichico.

4) Percorso operativo

Il percorso operativo del presente progetto prevede le seguenti fasi:

- 1) individuazione delle categorie di rischio;
- 2) segnalazione al servizio competente;
- 3) valutazione del minore da parte di personale specializzato;
- 4) pesa in carico del minore e della madre attraverso a) intervento terapeutico sul minore e contestuale intervento psicologico con la madre (o con i genitori); b) in alternativa, se alla prima valutazione non si evidenzia una necessità di intervento, programmazione di follow-up a distanza inizialmente di un mese e successivamente in tempi stabiliti in base alle evidenze cliniche.

1) Le figure preposte alla individuazione dei minori a rischio saranno le seguenti:

- Medici ginecologi operanti nei consultori o negli ospedali;
- Ostetriche consultoriali o ospedaliere;
- Medici vaccinatori consultoriali;
- Pediatri consultoriali o di base;
- Psicologi e psicologhe che nei consultori o negli ambulatori vengono a contatto con donne in gravidanza RTPI o con madri di bambini non comunitari. È importante evidenziare che la condizione di migrante o RTPI rappresenta per una donna in gravidanza una condizione di estrema vulnerabilità che fa rientrare il minore nella categoria dei soggetti a rischio.

Vengono considerati a rischio (come da letteratura) i bambini che rientrano in una o più delle seguenti categorie:

- Bambini con età gestazionale < alla 36° settimana
- Bambini nati con peso < Kg.2,500
- Bambini nati con Apgar < 5/7
- Bambini nati con sofferenza pre-peri-post natale
- Bambini con situazione socio-ambientale o psicosociale fragile, nati da madri in situazioni di vulnerabilità .

Inoltre:

- Bambini nati da parti plurigemellari
- Bambini con malattie genetiche
- Bambini con difficoltà di autoregolazione (disturbi del sonno, difficoltà di attaccamento, instabilità emotiva)
- Bambini con genitori con problemi di tipo psichiatrico
- Bambini con problemi ortopedici o neurologici minori (plagiocefalie, torcicolli miogeni, piedi torti, PPB,...)
- Bambini nati da PMA

L'individuazione anche di uno solo di questi fattori di rischio da parte del personale consultoriale, ambulatoriale o ospedaliero comporterà la tempestiva segnalazione al TSMREE competente territorialmente, dando inoltre tutte le informazioni necessarie al genitore, al fine di verificare il suo consenso al percorso valutativo/terapeutico.

Il personale che parteciperà alla valutazione e presa in carico dei minori sarà costituito da personale del TSMREE e personale I.C.A.R.E. e vedrà coinvolte le seguenti figure:

- Neuropsichiatra Infantile,
- Fisioterapista o TNPEE preparato sulla valutazione e trattamento del bambino prematuro e a termine entro i primi 3 anni di vita,
- Logopedista
- Psicologo
- Assistente Sociale

Il minore effettuerà una prima valutazione neuropsichiatrica e neuropsicomotoria in base alla quale si valuterà la necessità di una immediata presa in carico o di un controllo a distanza di tempo.

In caso di rilevazione di patologia e della necessità di attivare interventi terapeutici e/o di sostegno, si potrà quindi intraprendere un breve ciclo di facilitazioni (da un minimo di 3 ad un massimo di 10 sedute), nel caso di piccole disarmonie, o un ciclo di trattamento vero e proprio, nel caso di rilevazione di patologia.

Contestualmente la madre potrà essere supportata da psicologhe dall'équipe I.C.A.R.E. nella comprensione del problema e della gestione del bambino.

In assenza di rilevazione di difficoltà o disturbo il bambino effettuerà il follow-up con sedute di osservazione, valutazione e stesura del profilo di sviluppo al 3°, 6°, 9°, 12°, 18°, 24°, 30° e 36° mese, e poi al 4°, 5°, 6°, 7°, 8° anno di vita o comunque fin quando possibile..

La madre verrà comunque supportata in tutto il percorso dalle psicologhe operanti nel progetto I.C.A.R.E. al fine di aiutarla nella comprensione del progetto, sostenerla nel percorso sia dal punto di vista pratico che emotivo, favorire un miglioramento della relazione madre/bambino e dello stato emotivo della madre.

In conclusione, il presente progetto mira quindi a raggiungere i seguenti obiettivi qualitativi:

- Maggiore facilità di accesso alle cure all'interno del Servizio Sanitario da parte di madri e bambini non comunitari con situazioni di rischio e/o di vulnerabilità;
- Riduzione dell'insorgenza di patologie neuro psicomotorie conclamate o della loro gravità nei minori non comunitari;
- Maggiore conoscenza di eventuali problematiche neuro psicomotorie e della gestione delle stesse da parte del genitore (o dei genitori)
- Miglioramento della conoscenza e comprensione del proprio bambino con conseguente miglioramento delle relazioni madre/bambino e dello stato emotivo delle madri

Rom e salute mentale: il ruolo della discriminazione

a cura di Rossella Carnevali²³, Valentina Mancini²⁴, Marzia Albanese²⁵, Giancarlo Santone²⁶

https://www.aslroma1.it/uploads/files/34_36_Rom_e_salute_mentale_italiano.pdf

https://www.aslroma1.it/uploads/files/35_12_rom_e_salute_mentale_inglese.pdf

Tra le interviste raccolte nel corso di una ricerca effettuata dall'Associazione 21 luglio sulla condizione dei minori rom nel villaggio attrezzato di Via Salone a Roma, un uomo rom di 32 anni dice: *“io non voglio che i miei figli rimangano qui. Se rimangono qui sono sicuro che da grandi avranno problemi mentali. Molte persone qui hanno problemi mentali [...] per i bambini è pericoloso: c'è tristezza, depressione, schizofrenia”* e ancora *“ho paura che crescendo possono stare male mentalmente. I miei figli non hanno futuro qui”* (Anzaldi e Stasolla 2010, p. 35).

Premessa

Voler dare una descrizione, seppur generale, dello stato di salute della popolazione rom presente in Europa mette inevitabilmente in luce diverse problematiche e difficoltà; prima fra tutte la metodologia con cui poter effettuare un'accurata analisi (Geraci et al 1998) su comunità con differenti caratteristiche demografiche, socioeconomiche e culturali. In Italia, ad esempio, le principali sono 22 i rom italiani immigrati in un passato non recente, suddivisi in 5 gruppi; i sinti, all'interno dei quali ci sono 9 gruppi; i rom balcanici di recente immigrazione che comprendono almeno 5 gruppi; i rom bulgari; i rom rumeni; i caminanti. Gli individui e i nuclei familiari rom residenti in Italia non sono tutti socialmente vulnerabili. Infatti, su una stima di 180.000 persone rom censite dal Consiglio d'Europa, solo 20.000 si trovano in emergenza abitativa e in condizione di povertà ed esclusione sociale (Associazione 21 Luglio 2018). Questa ricerca intende concentrarsi su quei sottogruppi dell'universo rom che, a causa della povertà, della marginalità sociale e di politiche ghettizzanti e discriminatorie, vivono in baraccopoli informali e formali. Pertanto, al fine di evitare generalizzazioni, nel testo che segue quando si utilizza il termine “rom” o “comunità rom” si intende descrivere solo questa specifica porzione di una realtà più ampia ed eterogenea.

Risulta inoltre complesso impostare ricerche epidemiologiche e raccogliere dati attendibili su una popolazione che tende ad avere poco accesso (o non averne affatto) al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nonostante la malattia sia una preoccupazione spesso rilevabile nelle comunità rom ed un argomento di conversazione sempre presente in quanto momento di forte crisi, non solo per l'individuo colpito, ma anche per la famiglia e l'ampio circolo di parenti, divenendo un problema, sì individuale, ma anche e soprattutto sociale (Sutherland 1992). Molti studi evidenziano che la minoranza rom ha una maggiore prevalenza di patologie croniche, tra cui i disturbi mentali (Goward et al 2006; Parry et al 2004) mentre sono rare le ricerche sulle patologie mentali nei gruppi rom rispetto alla popolazione non-rom (Pereira et al. 2016; Cemlyn et al 2009; Filadelfiová et al 2007; Parry et al 2004). La maggior parte delle analisi effettuate indicano che i problemi di salute mentale sono strettamente connessi ai determinanti sociali di salute (Robles-Ortega et al 2017; Voko et al 2009). Numerosi sono gli studi che indagano la presenza di discriminazione, pregiudizi e episodi di razzismo a diversi livelli (politiche, media, servizi, quartiere, scuola) (EUFRA 2017; Izsak-Ndiaye 2017; Associazione 21 Luglio 2015; Piasere 2015; Francis 2013; Lloyd&McCluskey 2008). Una ricerca europea del 2016 evidenzia che, nei 12 mesi precedenti, i rom intervistati hanno subito episodi di discriminazione in una percentuale che va dal 14 al 48% nei diversi paesi europei (EUFRA 2017).

Le indagini che valutano l'associazione diretta tra discriminazione razziale e salute mentale sottolineano l'impatto che essa ha nelle varie fasi della vita nel determinare reazioni che in seguito possono portare allo sviluppo di psicopatologie (Heard-Garris et al 2018; Priest et al 2013; Astell Burt et al 2012; Pachter et al 2009).

²³ Psichiatra UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

²⁴ Direttore UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

²⁵ Psichiatra CSM Anzio, ASL Roma 6

²⁶ Tirocinante UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

Fattori di rischio per la salute mentale

Le ricerche su incidenza e prevalenza delle patologie mentali nelle comunità rom marginalizzate rispetto alla popolazione non-rom evidenziano una maggiore prevalenza di patologie croniche, tra cui appunto i disturbi mentali (Goward et al 2006; Parry et al 2004). Molte di queste ricerche prendono in considerazione la salute generale, le malattie croniche (tra cui i disturbi mentali), i loro fattori di rischio e l'influenza di questi sulla **qualità di vita** (Pappa et al 2015; Zelko et al 2015). Uno studio svolto in Serbia evidenzia come i rom oggetto della ricerca siano insoddisfatti della loro vita e infelici in misura maggiore rispetto ai non rom (Cvjetkovic et al 2017). Zelko et al in un'indagine su una comunità rom nel nord-est della Slovenia del 2015, analizzano la qualità della vita nei rom affetti da malattie croniche, utilizzando una scala autosomministrata (EQ-5D). I risultati di tale ricerca indicano che la presenza di disturbi mentali cronici determina una peggiore percezione soggettiva della qualità di vita che a sua volta si associa a una quota maggiore di ansia e depressione.

La maggior parte delle pubblicazioni prese in considerazione in questo report indicano che, così come la qualità di vita, i problemi di salute mentale sono strettamente connessi a **determinanti sociali di salute**, come le cattive condizioni abitative, la bassa scolarità, la disoccupazione, il basso livello socioeconomico, la deprivazione materiale e gli stili di vita insalubri, problematiche che nelle popolazioni rom talvolta coesistono (Robles-Ortega et al 2017; Voko et al 2009).

Tra i fattori che possono predisporre ad una maggiore incidenza di patologie croniche possiamo evidenziare, da una parte componenti che potremmo definire interne alle comunità rom oggetto del nostro studio, dall'altra elementi esterni che ne influenzano la salute. Tali condizioni di rischio non sono indipendenti le une dalle altre, bensì si articolano con effetto sinergico. I fattori cosiddetti interni sono il genere femminile, le malattie ereditarie, un basso livello di istruzione, il livello socioeconomico, alcune specificità culturali che influenzano le abitudini di vita e un differente approccio alla salute e ai servizi sanitari. Questi elementi sono strettamente correlati a quelli "esterni" come le politiche sociali e abitative, la discriminazione che emerge dai media, a scuola, nel quartiere e nei servizi (sanitari e non), la mancanza di competenza culturale nei servizi sanitari (Pappa et al 2015; Carrasco-Garrido et al 2011).

L'influenza dell'**istruzione** sulla qualità di vita è stata ampiamente dimostrata (Voko et al 2009). Questa correlazione si evidenzia in modo significativo nella popolazione rom, dove, tra i fattori di rischio per la salute, la bassa scolarità è seconda solo alle condizioni socioeconomiche e abitative. I giovani che frequentano la scuola, infatti, riportano livelli di salute migliore, inoltre, l'istruzione è una condizione essenziale anche per il futuro benessere, per un buon lavoro e dunque per un reddito soddisfacente (Pappa et al 2015).

Differenti sono le posizioni in letteratura rispetto all'influenza del **livello socioeconomico** sulla salute dei rom. Alcuni studiosi sostengono che ci sia un'associazione diretta tra i due, attribuendo così un ruolo significativo alle condizioni economiche e sociali delle comunità rom nello sviluppo della patologia mentale (Pappa et al 2015). Altri invece concludono che l'interazione tra questi fattori, non è così influente nel determinare una differenza nella salute mentale dei rom rispetto a quella dei non rom (Kolarcik et al 2009). Emerge un'influenza significativa sulla qualità della vita, infatti è certo che una condizione alloggiativa stabile, al pari di quella degli altri cittadini, aumenta il benessere percepito nei rom (Pappa et al 2015).

Tra gli elementi che possono influenzare la salute mentale dei rom, tra i cosiddetti fattori "interni", troviamo gli **stili di vita**. Sono implicate abitudini come l'uso di alcol, il fumo di sigaretta e la nutrizione inadeguata, che, associate alle cattive condizioni abitative e all'esclusione sociale, sottopongono l'individuo ad una condizione di stress continuativo, favorendo così l'insorgenza o la latenziazione di patologie croniche (Sivic et al 2013; Pappa et al 2015).

Da alcuni studi svolti nelle comunità rom in Grecia e in Spagna, emerge l'importanza della **disparità di genere** come fattore di rischio per la salute (Carrasco-Garrido et al 2011; Pappa et al 2015). Qui un ruolo importante è giocato dai fattori socioeconomici che aumentano ulteriormente la disparità tra i due sessi e il divario nelle condizioni di salute. Le donne hanno una qualità di vita più bassa rispetto agli uomini, probabilmente dovuta al loro ruolo nella struttura della comunità, ad aspetti culturali e ai differenti stili di vita. Le donne rom in oggetto,

infatti, fanno meno attività fisica, consumano alcol in maniera significativa e ricorrono, meno degli uomini, ai servizi sanitari (Carrasco-Garrido et al 2011). In alcuni studi emerge che costituiscono fattori protettivi la giovane età e la presenza di un partner, che influiscono positivamente sulla qualità della vita (Pappa et al 2015).

Un interessante spunto di riflessione sul tema è la progressiva tendenza all'emancipazione femminile che determina un cambiamento del ruolo della donna all'interno della famiglia rom. Cemlyn et al (2009) suggeriscono che tale condizione in alcune famiglie può essere causa di un aumento della violenza domestica per la difficoltà che gli uomini incontrano nell'adattarsi al nuovo e nel rimodulare il loro ruolo. Ci sembra importante proporre questa questione di estrema attualità e in continua evoluzione, che meriterebbe uno studio approfondito. Infatti, nonostante il ruolo fondamentale che le donne hanno nel prendersi cura della famiglia, anche come intermediarie per l'assistenza sanitaria, ad esempio dei figli, nelle ricerche scientifiche la loro salute viene poco esplorata (Francis 2013). Gli studi presenti in letteratura evidenziano che esse subiscono una doppia discriminazione per via sia dell'appartenenza culturale che del genere (Surdu and Surdu 2006).

Patologie mentali

Per fornire un quadro sufficientemente esaustivo delle condizioni di salute mentale dei rom è necessario esplorare lo scenario europeo della ricerca in merito.

Un report sulle condizioni di salute dei rom in Slovacchia rileva che un decimo della popolazione rom soffrirebbe di disturbi mentali, percentuale molto più alta rispetto alla popolazione non rom (Filadelfiová et al 2007). Dagli studi analizzati emerge che le manifestazioni più rappresentate sono ansia, depressione, tentativi di suicidio e suicidi, uso di droghe e alcol e sintomi psicotici.

Uno studio inglese, che include anche i cosiddetti Travellers (gruppi di rom nomadi), ha rilevato la presenza di **sintomi ansiosi** in misura tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale, di **depressione** in misura due volte maggiore e, nelle donne, un rischio doppio rispetto agli uomini di sviluppare patologie mentali (Parry et al 2004). In una ricerca svolta in Italia sulle visite di medicina generale effettuate nel territorio di Milano è stato riscontrato che il 20% del totale dei sintomi lamentati sono **disturbi aspecifici** come malessere, astenia, capogiri, inappetenza, tristezza e cefalea, che rappresentano il 9% del totale di tutte le diagnosi poste (Colombo et al 2011). L'incidenza significativa dei sintomi riportati può essere riconducibile allo stress cronico, a cui le popolazioni rom sono sottoposte per via delle condizioni ambientali e sociali e della discriminazione, che, se sottovalutato o mal diagnosticato, può, in alcuni casi, evolvere in una patologia mentale conclamata. A dimostrazione di ciò, in Portogallo, tra tutti coloro che non possiedono un'assicurazione sanitaria e, quindi, non accedono alle visite mediche, i rom hanno una prevalenza maggiore di depressione, ansia e **sintomi psicotici** (Pereira et al 2016). Lo scarso accesso alle cure ostacola una diagnosi e una presa in carico tempestive, aumentando il rischio di esordio, acutizzazione e cronicizzazione.

Anche nel Regno Unito le comunità rom prese in esame manifestano tassi più elevati di ansia e depressione rispetto alla maggioranza della popolazione. In particolare, le ricerche hanno rilevato, in tale contesto, un aumento dell'**ideazione suicidaria** e dei tentativi di suicidio (Cemlyn et al 2009) che sono conseguenti alla depressione non trattata. I fattori che contribuiscono all'aggravamento della patologia depressiva, tanto da giungere all'ideazione suicidaria, sono l'esclusione sociale, gli episodi di razzismo subiti, lo stigma legato all'orientamento sessuale e i cambiamenti di vita significativi come il divorzio e il **lutto** non elaborato.

La condizione di vita di alcune comunità rom, caratterizzata da una convivenza in comunità i cui membri sono per la maggior parte del tempo a stretto contatto tra loro, fa sì che la morte di un parente o di un vicino venga vissuta spesso con grande intensità emotiva, tanto che alcuni raccontano difficoltà nell'elaborare il lutto che possono durare tutta la vita (Cemlyn et al 2009; Van Cleemput et al 2007; Parry et al 2004). In alcuni casi la depressione reattiva al lutto può portare a comportamenti di tipo autolesionista, che possono persino arrivare al suicidio.

A volte, inoltre, per far fronte al dolore del lutto, si fa ricorso all'uso di sostanze e di alcol come automedicazione (Van Cleemput et al, 2007), aggravando così la sintomatologia depressiva e generando una condizione di dipendenza dalla quale è difficile uscire.

La dipendenza può causare a sua volta condotte devianti, come furti e comportamenti violenti (compresa la violenza domestica), reati che possono portare alla **carcerazione**. La condizione depressiva, aggravata dalla permanenza in carcere, dove la disponibilità di droghe può contribuire all'aggravamento della dipendenza, può portare più facilmente a sviluppare ideazione suicidaria (Cemlyn et al 2009). In Gran Bretagna, infatti, si riscontrano tassi elevati di suicidio tra i rom in regime detentivo (Cemlyn et al 2009; Parry et al 2004). Per coloro che invece non erano affetti da un disturbo da uso di sostanze prima della carcerazione, il primo contatto con le droghe può avvenire proprio in carcere, dove i rom si possono trovare a causa di piccoli reati come il furto (Cemlyn et al 2009).

L'uso di **alcol e sostanze** è diffuso nelle comunità rom in misura maggiore rispetto alla popolazione generale (Cemlyn et al 2009). In particolar modo l'uso di alcol si verifica tra coloro che vivono in condizioni abitative degradate, che non hanno un lavoro e che soffrono di depressione (Parry et al 2004). Come nel caso del lutto, l'alcol viene spesso utilizzato in quantità elevate anche come automedicazione della depressione o dei sintomi ansiosi (Van Cleemput et al 2007). L'uso dell'automedicazione come terapia per i sintomi psichici si verifica anche attraverso l'assunzione impropria di **farmaci** prescritti. Avviene infatti che terapie psicofarmacologiche vengano autosodate o distribuite ad altri membri della comunità senza alcuna indicazione medica, producendo così fenomeni di dipendenza (Castagnone et al 2015).

Le patologie mentali, così come la dipendenza, possono essere aggravate, tra i rom, da una doppia difficoltà: da una parte, la mancata richiesta di aiuto, causata dalla vergogna, legata alla convinzione che avere un problema mentale significhi essere pazzo; dall'altra la difficoltà di accesso ai servizi dedicati, che approfondiremo in seguito (Cemlyn et al 2009; Parry et al 2004).

Discriminazione:

Il report EUFRA 2017 conferma come i rom siano sottoposti a livelli persistenti di marginalizzazione e discriminazione, che costituiscono fattori di rischio per la salute mentale. Nonostante le numerose ricerche svolte su episodi di discriminazione, pregiudizi e razzismo nei confronti dei rom dimostrino che l'influenza di tali fattori sulla vita di queste popolazioni è dilagante (EUFRA 2017; Izsak-Ndiaye 2017; Associazione 21 Luglio 2015; Piasere 2015; Francis 2013; Lloyd&McCluskey 2008), questo tema riceve un'attenzione minima da parte dei media e della società, che, invece, al contrario incentivano i pregiudizi nei confronti degli stessi (Francis 2013).

Mentre il razzismo nei confronti degli stranieri, dei migranti e delle minoranze religiose è stato affrontato negli anni da media politica e istituzioni, quella della discriminazione contro i rom rimane una tematica poco trattata. Significativa è l'espressione che Sir Trevor Philips ha utilizzato nel 2004 all'interno della *Commission for Racial Equality* definendo questo fenomeno come "l'ultima forma di razzismo rispettabile" (CRE 2004). Il razzismo nei confronti dei rom, infatti, viene perpetrato a diversi livelli: politica, media, quartiere, scuola e servizi.

Lo stesso Parlamento europeo ha espresso preoccupazione per le discriminazioni di cui i rom sono vittime nei settori dell'istruzione, dell'alloggio, dell'occupazione e della parità di accesso ai sistemi di assistenza sanitaria e ai servizi pubblici (Colombo et al, 2011).

Del ruolo della politica si è già parlato in precedenza (**cit. pp. Sanità di Frontiera**). Come già detto, i **media** alimentano spesso i pregiudizi verso i rom. Non è raro vedere programmi televisivi o articoli di giornale che promuovono la discriminazione dando informazioni parziali o inesatte, lesive per l'immagine dei rom. Di frequente forniscono esclusivamente notizie negative che contribuiscono a creare paura e/o reazioni di odio tra i cittadini. Anche a livello di **quartiere** il razzismo può portare a reazioni di esclusione o addirittura a violenze (Cemlyn et al 2009), come è successo a Roma nel caso del trasferimento da parte del Comune di un gruppo di rom in un centro di accoglienza a Torre Maura (Internazionale 2019).

Un campo particolarmente delicato in cui si possono sviluppare e mantenere comportamenti discriminatori è quello della **scuola**, tanto che in alcuni casi si può parlare di "razzismo istituzionale" (Lloyd&McCluskey 2008). Infatti, a scuola si verificano esclusione, bullismo e insulti razzisti da parte dei compagni, ma sembra che il pregiudizio

venga agito anche dal sistema scolastico stesso. In uno studio svolto nel Regno Unito si evidenzia che gli insegnanti nella relazione con i bambini rom si arrabbiavano più facilmente, impartivano punizioni più severe e attribuivano loro votazioni più basse. Questo atteggiamento istituzionale può alimentare i comportamenti discriminatori o bullizzanti dei compagni, che si verificano anche attraverso i social (Lloyd&McCluskey 2008). Tale ambiente scolastico determina un rischio di rendimento inferiore e di abbandono scolastico. Lo scarso rendimento associato ai fattori di rischio per la salute elencati precedentemente, quali le condizioni abitative precarie, il basso livello socioeconomico, la deprivazione materiale, gli stili di vita insalubri del nucleo familiare di origine, possono determinare elevati livelli di stress e reazioni depressive (Lee et al 2014). Le esperienze discriminatorie sono pervasive al punto da determinare reazioni fisiche dell'organismo con aumento del cortisolo e di altri ormoni dello stress che possono causare comportamenti malsani come l'uso di sostanze, il fumo e condotte sessuali a rischio. La coesistenza di tale stato psicofisico fragile con i fattori di rischio sociali aumenta in maniera significativa la possibilità di insorgenza di una patologia mentale (Pascoe and Richman 2009).

Il **razzismo** può essere vissuto anche in maniera indiretta, poiché l'esperienza discriminatoria subita da una persona può influenzarne un'altra in modo **vicario**. I bambini, nel corso dello sviluppo, possono risentire delle discriminazioni patite dai genitori. Vivere nella percezione, propria e altrui, di un ambiente esterno ostile influenza la visione del mondo del bambino, riducendo il senso di fiducia in sé e negli altri, determinando una progressiva chiusura nei confronti dei rapporti sociali. Tale processo se non arginato può portare allo sviluppo in fase adolescenziale o adulta di patologie mentali (Heard-Garris 2018).

Accesso ai servizi

L'articolo 32 della Costituzione Italiana sancisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Il diritto alla salute, dunque, è imprescindibile per tutti i cittadini, ma prima ancora, per tutti gli esseri umani e l'accesso ai servizi è il presupposto perché sia garantito in maniera concreta.

Varie ricerche e studi condotti in Europa, Italia compresa, testimoniano come l'accesso ai servizi sanitari per i rom sia carente e necessiti di un intervento specifico che tenga conto delle variabili e difficoltà che attualmente interferiscono con esso (Francis 2013; ERRC 2006; EUMC 2003).

Anche nel caso dell'accesso ai servizi possiamo distinguere tra fattori interni ed esterni. Gli interni, come il basso livello di istruzione, gli aspetti culturali e le abitudini di vita, insieme agli "esterni", come le problematiche burocratiche e relative ai documenti, l'isolamento geografico di alcuni insediamenti, la collocazione dei servizi sul territorio, la mancanza di informazione e comunicazione nei campi rom, il pregiudizio degli operatori sanitari e la mancanza di competenza culturale, influenzano negativamente l'accesso. Le suddette barriere all'accesso ai servizi sanitari determinano un uso incongruo degli stessi. I rom oggetto del nostro studio si trovano spesso a non poter fruire dei percorsi di prevenzione e screening per le principali patologie, disponibili e indicati per la popolazione generale dal sistema sanitario nazionale e, in molti casi, hanno un'inadeguata copertura vaccinale e ricorrono più frequentemente ai servizi di emergenza (Castagnone et al 2015; Francis 2013; ERRC 2006).

Tra i fattori che influenzano l'accesso ai servizi ci focalizzeremo in particolar modo sulla relazione che si instaura tra gli operatori sanitari da una parte e le popolazioni rom dall'altra, volendo qui sottolineare il ruolo della discriminazione nel mancato ricorso alle cure e dunque come fattore di rischio per lo sviluppo di patologie mentali.

La mancanza di **cultural competence** rispetto alla popolazione rom e di mediatori **linguistico-culturali** nei servizi sanitari è sottolineata da diverse ricerche (Mc Fadden et al 2018; Ricordy et al 2014; Francis 2013). Gli operatori sanitari, per la carenza di una formazione adeguata, hanno un approccio che spesso non tiene conto delle differenze culturali, perciò nella relazione terapeutica tendono a dare per scontato che il paziente si conformi alle norme di comportamento usuali e alle indicazioni date, che non abbia bisogno di spiegazioni in più rispetto al paziente italiano e che abbia capito quanto gli è stato detto. Di fronte agli appuntamenti saltati, alla non puntualità, al presentarsi alle visite accompagnati da tutta la famiglia, alla non corretta assunzione della terapia farmacologica e all'interruzione della stessa alla scomparsa dei sintomi, condizioni che si possono verificare con alcuni pazienti rom, l'operatore sanitario reagisce facilmente con rabbia perché interpreta tali atteggiamenti come svalutanti

rispetto al proprio ruolo. Spesso tende, inoltre, ad attribuire le difficoltà che incontra nella relazione con il paziente a quella che viene genericamente e inappropriatamente chiamata “cultura rom”, non considerando l’influenza della propria origine culturale *gagé* sul suo operato (Castagnone et al 2015; Ricordy et al 2014).

Gli operatori sanitari inoltre, più o meno consapevolmente, sono influenzati dal contesto culturale in cui vivono, che è lo stesso che, come detto in precedenza, applica stereotipi negativi e promuove **pregiudizi** nei confronti dei rom. Dunque, il razzismo si annida anche nel sistema sanitario, dando luogo ad un’altra forma di discriminazione istituzionale.

Esistono, dunque, all’interno dei servizi sanitari due forme di discriminazione, una più frequente che potremmo definire **indiretta**, che si lega agli stereotipi che riguardano i rom radicati nella nostra cultura, un’altra purtroppo **diretta** che costituisce una consapevole violazione del diritto alla salute dei rom (Ricordy et al 2014; EUFRA 2013).

In un’indagine del 2009 dell’Agenzia dell’Unione Europea per i Diritti Umani (EUFRA) il 17% dei rom dichiarava di aver subito una discriminazione sanitaria nei 12 mesi precedenti. Dato confermato da studi in cui emerge che viene dedicato minor tempo ai rom nel corso delle visite e data poca disponibilità alla spiegazione accurata del significato dei sintomi, delle cure da intraprendere e del decorso della malattia (Van Cleemput 2010).

Nel rapporto dell’ERRC del 2006 condotto in Ungheria, Bulgaria e Spagna, si evidenzia una grave discriminazione diretta ai danni di persone rom nel contesto sanitario. Gli operatori sanitari metterebbero in atto, infatti, comportamenti differenti in base alla provenienza e alla cultura dei beneficiari, riservando ai rom trattamenti inadeguati sia dal punto di vista professionale che umano (Ricordy et al 2014). In particolare, i comportamenti che appaiono essere più allarmanti nei confronti di questi utenti, consistono nell’offrire loro cure inappropriate e di qualità inferiore rispetto agli altri pazienti. Dal rapporto si evidenzia che la disparità consiste in un’accoglienza separata dagli altri pazienti, un trattamento sbrigativo e incompleto, con visite più brevi, effettuate evitando contatto fisico con il paziente, delegate agli specializzandi o agli studenti di medicina, più spesso che nel caso degli utenti non rom, e l’assenza di consulenze specialistiche inerenti al problema del paziente. In alcuni casi si rileva la presenza di veri e propri abusi verbali, anche attraverso l’adozione di un linguaggio razzista (Castagnone et al 2015; EUMC 2003; ERRC 2006).

Questo atteggiamento espulsivo degli operatori sanitari determina una sfiducia, con conseguente ulteriore allontanamento dai servizi da parte delle comunità rom, che si trovano spesso a non seguire i canonici percorsi di cura. A causa di ciò le patologie si presentano spesso in acuzie, cosa che porta tali comunità a ricorrere con maggiore frequenza a prestazioni d’emergenza, tramite pronto soccorso e ambulanze. Talvolta si può verificare un abuso di tali servizi che ne determina il sovraccarico, generando frustrazione nel personale e incrementando l’espulsività nei confronti dei rom, giungendo talvolta ad ignorare persino le richieste di soccorso tramite ambulanza, violando ancora una volta il diritto alla salute (EUMC 2003; ERRC 2006).

Poiché, per quanto detto finora, spesso per i rom oggetto del nostro studio appare difficile usufruire del sistema sanitario pubblico, essi ricorrono spesso ad un tipo di assistenza diverso rispetto a quello del resto della popolazione, come ambulatori del privato sociale, organizzazioni di volontariato, automedicazione, eccetera (Ricordy, Motta e Geraci, 2014; Van Cleemput et al., 2007; Parry et al. 2004).

Il trattamento dei rom con disturbi psichiatrici risente in maniera significativa, sia della mancanza di cultural competence nei servizi specialistici, sia dei suddetti atteggiamenti discriminatori. Si è visto, ad esempio, che i medici tendono a prescrivere in modo superficiale antidepressivi di fronte ad una richiesta di aiuto psicologico, piuttosto che incontri di counselling (Richardson et al 2007). Inoltre, gli psichiatri o psicologi privi di cultural competence, possono andare incontro più facilmente a diagnosi errate. Da una parte, possono interpretare come “culturali” espressioni di una malattia psichiatrica, fallendo nella diagnosi e nella cura, favorendo così la cronicizzazione della malattia. Dall’altra rischiano di inquadrare come patologici elementi che caratterizzano abitudini, stili di vita, modalità comunicative ed espressive dei rom, facendo diagnosi laddove non c’è malattia.

Quanto detto finora, determina in coloro che hanno avuto esperienze dirette o indirette di questo tipo una sfiducia negli operatori della salute mentale e conseguentemente un sempre minore ricorso alle strutture psichiatriche pubbliche. Nonostante ciò, i rom intervistati non vogliono servizi di salute mentale ad hoc, ai quali possono accedere solo loro, bensì preferiscono usufruire degli stessi luoghi di cura che utilizzano tutti gli altri cittadini. Affermano, però, che in tali strutture il personale sanitario dovrebbe essere meno discriminante (Cemlyn et al 2009; Van Cleemput et al., 2004).

D'altra parte, le comunità rom marginalizzate ricorrono, già di per sé, raramente ai servizi psichiatrici a causa dello stigma legato alla malattia mentale. Essi, infatti, per parlare di un disagio utilizzano tranquillamente parole come "nervi", "nervoso", mentre la parola "mentale" non viene pronunciata per timore dell'associazione con la pazzia. La paura e la vergogna legate alla malattia mentale possono essere amplificate dalla svalutazione derivante dalle esperienze discriminatorie vissute. Dunque, il timore fondato di essere doppiamente stigmatizzati, per la malattia e per il fatto di essere rom, allontana ancora di più questa popolazione dalle strutture sanitarie e dalla possibilità di presa in carico della malattia. I rom affetti da patologia mentale subiscono, oltre alla doppia discriminazione da parte della società (per l'origine culturale e per la malattia), anche una discriminazione interna al gruppo per lo stigma legato alla malattia mentale.

Conclusioni

Da quanto emerso dalla nostra ricerca il razzismo agisce sulla salute mentale a vari livelli. La discriminazione, infatti, si verifica continuamente nella vita dei rom attraverso la politica, i media, le istituzioni e la società, influenzandone l'intera vita e aggravandone dell'emarginazione. Tale discriminazione continua può determinare diverse reazioni: aggressività prevalentemente autodiretta, impulsività, isolamento sociale, ansia e depressione. Come già evidenziato, le categorie a maggior rischio sono donne e bambini: le donne poiché tendono ad essere più isolate dalla società e subiscono anche una discriminazione di genere (doppia discriminazione) (Surdu & Surdu 2006); i bambini in quanto sono esposti al razzismo vicario (Heard-Garris 2018) e, a scuola, ad episodi di discriminazione, aggressioni e bullismo che possono determinare abbandono scolastico, stress e depressione, aumentando il rischio di patologie mentali (Pereira et al. 2016; Cemlyn et al 2009).

Un bambino che nasce in una comunità frustrata dalla continua esposizione ad episodi razzisti e di esclusione sociale ed esposto egli stesso ad un ambiente esterno rifiutante e ostile, che lo tratta come inferiore, può reagire nel corso della crescita sviluppando effettivamente un senso di inferiorità. Poiché, con il perpetrarsi di tali svalutazioni, l'io subisce un progressivo indebolimento, tale reazione, prolungata nel tempo, può predisporre all'esordio di patologie mentali.

Molte ricerche hanno evidenziato, infatti, come il pregiudizio verso i rom si insinui così profondamente in queste popolazioni, da portarle a comportarsi in modo addirittura conforme allo stereotipo stesso (Goffman 1975). Questo meccanismo crea un circolo vizioso in cui azione e reazione agiscono in maniera simmetrica, rendendo difficile identificare il punto da cui partire per comprendere e risolvere il problema (Ricordy et al 2014).

Talora, alcuni tentano di uscire dal circolo vizioso, ribellandosi allo stigma. Qualcuno, dopo grandi difficoltà, ci riesce e afferma la propria identità, migliorando il proprio rendimento scolastico, trovando lavoro, integrandosi nella società (queste persone peraltro spesso evitano di rivelare le loro origini per non tornare a subire gli atteggiamenti discriminatori da cui si sono faticosamente affrancati). La maggior parte, invece, fallisce l'emancipazione dal pregiudizio, reagendo in maniera rabbiosa e a volte aggressiva, sviluppando talvolta comportamenti antisociali che ricadono in pieno nello stereotipo comune.

Da alcuni studi psicologici (Rosenthal & Jacobson 1968) si evince, infatti, come l'aspettativa altrui diventi centrale nella vita dell'individuo, che tende a realizzarla. Le persone tendono a conformarsi all'immagine che altri individui hanno di loro, sia essa un'immagine positiva o negativa. Per fare un esempio pratico, raccontiamo l'esperimento condotto da Rosenthal e dalla sua équipe. Alcuni bambini di una scuola elementare vennero sottoposti a un test

d'intelligenza, al termine del quale, in modo casuale, venne fatto credere agli insegnanti che alcuni avessero un'intelligenza sopra la media. L'anno successivo Rosenthal constatò che il rendimento dei bambini selezionati era aumentato e questo perché erano stati influenzati dall'atteggiamento positivo degli insegnanti.

Tutto questo agisce anche al contrario, con aspettative negative: da una parte la persona si uniforma a tali credenze, le interiorizza e si adegua ad esse, aderendovi totalmente e, dall'altra, l'esterno (nel caso dei rom, la società intera) si conforma a tali aspettative, contribuendo alla loro effettiva realizzazione (Associazione 21 luglio 2016).

L'incapacità di opporsi alla discriminazione continua, per mancanza di strumenti, forza e risorse, oltre a determinare un adattamento al pregiudizio della società, può portare alcune comunità rom che vivono ai margini a sfruttare il pregiudizio stesso per ottenere un vantaggio ("*retour du stigmaté*" Goffman 1975 cit. in Ricordy et al 2014). Questo accade anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Spesso in Italia i rom oggetto del nostro studio, a causa di precedenti esperienze, vissute in prima persona o raccontate da altri, di discriminazione da parte di alcuni operatori sanitari, si rivolgono per le cure ad associazioni sanitarie di volontariato che si recano nei campi. Tale modalità di assistenza, certamente necessaria, rischia di far chiudere ancor di più su sé stessa la comunità. Adattandosi a questa situazione "di comodità", i rom possono rimanere tagliati fuori dall'assistenza sanitaria pubblica (Alunni 2017). Per adeguarsi alla discriminazione da parte delle istituzioni, essi "si adattano" sfruttando quanto viene loro offerto. In questo modo si rafforza il pregiudizio nei confronti dei gruppi rom marginalizzati, già visti come "parassiti" della società, rafforzando il suddetto circolo vizioso (Ricordy et al 2014).

Possiamo affermare che, la discriminazione, nonostante quanto premesso, non causa direttamente patologia psichiatrica, ma costituisce un fattore che può slatentizzare, riattivare e determinare cronicità della patologia stessa. L'individuo che subisce episodi razzisti e discriminazioni ripetute, può ammalarsi se non ha sviluppato un'identità sufficientemente solida e una valida capacità relazionale nel corso della crescita. La discriminazione può, quindi, agire come uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie mentali in soggetti già fragili.

Se da una parte il razzismo può avere, quindi, il ruolo di concausa nella patogenesi della malattia mentale, dall'altra è sicuramente coinvolto nell'accesso ai servizi. La discriminazione incide significativamente sull'esclusione o sulla scarsa utilizzazione da parte delle suddette comunità rom

dei programmi di prevenzione e precoce individuazione delle malattie, con ritardi e difficoltà nella presa in carico e nella cura della patologia mentale. Infatti, i pregiudizi presenti all'interno dei servizi sanitari sono complici dell'esclusione dei rom dalle campagne e dai programmi di salute pubblica (European Communities 2003). È deducibile quindi, che la maggiore incidenza di ansia, depressione, abuso di sostanze e altre patologie, riscontrata negli studi sulla popolazione rom in oggetto, è legata, tra gli altri fattori, anche alle difficoltà che essi incontrano nell'accesso ai servizi psichiatrici, rispetto alla popolazione generale.

Raccomandazioni

Dalla letteratura esaminata, emergono importanti raccomandazioni a diversi livelli (politica, media, società, scuola, servizi e comunità rom) al fine di implementare la salute mentale dei gruppi rom che non hanno facilità di accesso ai servizi di base.

Sul piano politico andrebbero definite le varie competenze, in particolare a livello nazionale o generale, a livello dell'attuazione territoriale delle politiche generali e infine a livello dell'erogazione dei servizi. Tali interventi dovrebbero essere volti a migliorare le condizioni abitative, l'istruzione e l'accesso ai servizi sanitari da una parte e, dall'altra, ad identificare e rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni vulnerabili. Sono auspicabili, inoltre, ricerche epidemiologiche e descrittive sulle malattie psichiatriche nelle comunità rom vulnerabili, su cui si possano basare riforme sanitarie che consentano interventi evidence-based (Cook et al 2019).

Si riscontra l'esigenza di formare il mondo dei media all'attenzione alla comunicazione esente da pregiudizi, cosa che potrebbe migliorare in maniera significativa l'atteggiamento della società nei confronti dei rom.

A scuola possono essere messi in atto interventi di prevenzione primaria tramite corsi di formazione per gli insegnanti e incontri con gli alunni delle classi e con le famiglie sulle conseguenze psicologiche del bullismo e del razzismo; sarebbe importante intercettare precocemente atti di bullismo e promuovere una prevenzione secondaria e terziaria, ad esempio tramite l'apertura di sportelli psicologici a scuola che, grazie alla presenza di personale esperto, possano individuare iniziali segni di malattia e informare, indirizzare ed eventualmente accompagnare i ragazzi e le famiglie verso un percorso di cura.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, vista la difficoltà dei rom presi in esame, esplorate in precedenza, ad accedere ai servizi pubblici, possiamo affermare che il lavoro delle associazioni di volontariato rimane fondamentale. Tali organizzazioni dovrebbero, però, favorire l'accesso dei rom ai servizi sanitari, fungendo da ponte, senza sostituirsi ad essi, in modo tale da evitare un'ulteriore ghettizzazione delle comunità e consentire loro una migliore integrazione (Alunni 2017).

Essenziale, per combattere il pregiudizio e il conseguente atteggiamento discriminatorio nei servizi sanitari, è la formazione del personale sanitario. Per sostenere la necessità di programmi di formazione degli operatori, sarebbe opportuna un'indagine sull'indice di utilizzo dei servizi di salute mentale da parte dell'utenza straniera (Cook et al 2019). In particolar modo nei servizi di salute mentale, sono necessarie iniziative volte a implementare la cultural competence degli operatori e delle equipe, per consentire loro di trattare al meglio i diversi pazienti rom, distinguendo i segni di patologia dagli elementi culturalmente caratterizzati. Fondamentale è, inoltre, la presenza di mediatori linguistico-culturali adeguatamente formati nei servizi, nonché il training degli operatori nel lavoro con i mediatori. La cultural competence degli operatori e la presenza di mediatori linguistico-culturali, inoltre, faciliterebbe ai rom marginalizzati l'accesso ai servizi, poiché avvertirebbero un'apertura ai loro bisogni di salute. Attraverso tali modalità di gestione e organizzazione dei servizi di salute mentale, si eviterebbe la prescrizione eccessiva di farmaci, e conseguentemente il fenomeno dell'abuso, in favore di percorsi psicoterapeutici adeguati (Francis 2013).

Non sembra essere utile la creazione di servizi *ad hoc* per i gruppi rom, che, invece, potrebbe aumentare lo stigma legato alla malattia mentale (Francis 2013).

All'interno delle comunità è necessario mettere in atto iniziative di educazione sanitaria che aumentino la consapevolezza riguardo alla salute mentale e agli effetti che il razzismo ha su di essa e che riducano lo stigma, sottolineando l'importanza della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo e continuativo (Goward et al 2006).

BIBLIOGRAFIA COMPLETA

Alunni, L. (2017), *La cura e lo sgombero. Salute e cittadinanza nei campi rom di Roma*. Argo, Roma.

Anzaldi, A., Stasolla, C. (a cura di) (2010), *Esclusi e ammassati. Rapporto di ricerca sulle condizioni dei minori rom nel villaggio attrezzato di via di Salone a Roma*. Associazione 21 Luglio. <https://www.21luglio.org/2018/wp-content/uploads/2019/06/esclusi-e-ammassati.pdf>.

Associazione 21 Luglio (2018), *I margini del margine, Comunità rom negli insediamenti formali e informali di Roma*, <https://www.21luglio.org/2018/wp-content/uploads/2019/04/rapporto-annuale-2018.pdf>

Associazione 21 luglio (2016), *Ultimo banco, Analisi dei progetti di scolarizzazione rivolti ai minori rom a Roma*, http://www.21luglio.org/21luglio/wp-content/uploads/2017/08/ULTIMO-BANCO_versioneweb.compressed.pdf

Associazione 21 Luglio (2015), So Dukhalma, *Quello che mi fa soffrire. Il disagio interiore dei giovani e delle famiglie rom residenti negli insediamenti istituzionali*, <https://www.21luglio.org/so-dukhalma-quello-che-mi-fa-soffrire-il-disagio-interiore-dei-giovani-e-delle-famiglie-rom-residenti-negli-insediamenti-istituzionali/>

Astell-Burt, T., Maynard, M.J., Lenguerrand, E., Harding, S. (2012), *Racism, ethnic density and psychological well-being through adolescence: evidence from the determinants of adolescent social well-being and health longitudinal study*. *Ethnicity and Health*, 17, pp.71-87.

Baglio, G., Cacciani, L., Ciuta S.T., D'Ascanio, I., Geraci, S., Grandolfo, M., Guasticchi, G., Motta, F., Napoli, P.A., Rossano, R., Trillò, M.E. (a cura di) (2003), *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*. ASP Monografie, Roma.

Bigolino, I., Olmo, A. (2014), *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*. Edizioni Il Mulino, Bologna.

Brondolo, E., Brady ver Halen, N., Pencille, M., Beatty, D., Contrada, R. (2009), *Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique*. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 64-88

Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Jiménez-García, R. (2010), *Health status of Roma women in Spain*. *European Journal of Public Health*, 21, 6, pp. 793-798.

Castagnone, E., Cingolani, P., Ferero, L., Olmo, A., Vargas, A.C. (2015), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*. Il Mulino, Bologna.

Cemlyn, S., Greenfields, M., Burnett, S., Matthews, Z., Whitwell, C. (a cura di) (2009), *Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review*. Equality and Human Rights Commission Research Report Series, https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research_report_12inequalities_experienced_by_gypsy_and_traveller_communities_a_review.pdf

Cingolani, P. (a cura di) (2011), *(Rom)eni tra Italia e territori di partenza. Vita quotidiana,*

rappresentazioni e politiche pubbliche, Forum internazionale ed europeo di ricerche sull'immigrazione, <http://fieri.it/wp-content/uploads/2011/12/Romeni-tra-italia-e-territori-di-partenza.pdf>.

Clark, C. (2007), *Introduction Themed Section Care or Control? Gypsies, Travellers and the State*. *Social Policy & Society*, 71, pp. 65-71.

- Colombo, C., Galli, A., Pero, M., Giani, R., Jucker, S., Oreste, P., Giommarini, C., Aiolfi, E., Judica, E. (2011), *Situazione sociodemografica e condizioni di salute della popolazione rom di Milano*. *Epidemiologia e prevenzione*, 35, 5-6, pp.282-291.
- Cook, B.L., Progovac, A., Tran, N. (2019), *Improving the mental health of Roma through research and policies that cross multiple social sectors*. *International Journal of Public Health*, 64, 7, pp. 979-980.
- Cook, B., Wayne, G.F., Valentine, A., Lessios, A., Yeh, E. (2013), *Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012*. *International Journal of Public Health*, 58, pp. 885–911.
- Commission for Racial Equality, CRE (2006), *Common ground: Equality, good relations and sites for Gypsies and Irish Travellers*. London, England: Commission for Racial Equality.
- Corneau, S., Stergiopoulos, V. (2012), *More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services*. *Transcultural Psychiatry*, 49, 2, pp. 261-282.
- Costituzione della Repubblica Italiana (1947), articolo 32.
- Cvjetković, S., Janković, J., Bjegović-Mikanović, V. (2017), *Differences in predictors of subjective well-being among Roma and non-Roma young adults in Serbia*. *European Journal of Public Health*, 27, pp. 374-375.
- De Vito, D., Palvarini, P., Pisano, C., Gusmeroli, A. (a cura di) (2013), *EU inclusive: Rapporto nazionale sull'inclusione lavorativa e sociale dei rom in Italia*. Fondazione Casa della Carità “Angelo Abriani”, Roma.
- http://www.cestim.it/argomenti/03rom-sinti/2012-Casa-Carita-Rapporto_nazionale_sull_inclusione_lavorativa_e_sociale_dei_Rom_in_Italia.pdf
- European Commission (2014), *Roma Health Report, Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of European Union*. Health and Consumers, European Union,
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf.
- European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003), *Breaking the Barriers – romani women and access to Public Health Care*. Office for Official Publications of the European Communities, Lussemburgo, <https://fra.europa.eu/en/publication/2003/breaking-barriers-romani-women-and-access-public-health-care>.
- European Roma Rights Centre (2006), *Ambulance not on the way. The disgrace of health care for Roma in Europe*. Westimprim bt, Budapest, www.errc.org/reports-and-submissions/ambulance-not-on-the-way-the-disgrace-of-health-care-for-roma-in-europe.
- Filadelfiová, J., Gerbery, D., & Skobla, D. (2007), *Report on the living conditions of Roma in Slovakia*. Friedrich-Ebert Stiftung (ed.), UNDP, Bratislava.
- European Union Agency for Fundamental rights, EUFRA (2017), *Second European Union Minorities and Discrimination Survey*. Bietlot, Belgio.
- Foldes, M.E., Covaci, A. (2012), *Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges*. *International Journal of Public Health*, 57, pp. 37-39.
- Francis, G., (2013), *Developing the Cultural Competence of Health Professional Working with Gypsy Travellers*, *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 3, S1, pp. 64-77.
- Geraci, S. (2007), *La salute degli immigrati: luci ed ombre*, *ASI*, 44, pp. 2-15.

- Geraci, S., Motta, F., Ricordy, A., Caritas Diocesana, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (a cura di) (2009), *Salute senza esclusione: sperimentazione di interventi per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia*, Quaderni di informaArea, 6, Roma.
- Geraci, S., Maisano, B., Motta, F. (a cura di) (1998), *Salute zingara*, Caritas diocesana di Roma, Edizioni Anterem, Roma, http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/pubblicazioni/1998_VOL_SALUTE_ZINGARA.pdf.
- Goffman, I. (1975), *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*. Minuit, Parigi.
- Goward, P., Repper, J., Appleton, L., Hagan, T. (2006), *Crossing boundaries. Identifying and meeting the mental health needs of Gypsies and Travellers*. Journal of Mental Health, 15, 3, pp. 315-327.
- Hajioff, S., McKee, M. (2000), *The health of the Roma people: a review of the published literature*. Journal of Epidemiology and Community Health, 54, pp. 864–869.
- Heard-Garris, N.J., Cale, M., Camaj, L., Hamati, M.C., Dominguez, T.P. (2018), *Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health*. Social Science & Medicine, 199, pp. 230-240.
- Harding, S., Read U.M., Molaodi, O.R., Cassidy, A., Maynard, M.J., Lenguerrand E., Astell-Burt, T., Teyhan, A., Whitrow, M., Enayat, Z.E. (2015), *The Determinants of young Adult Social well-being and Health (DASH) study: diversity, psychosocial determinants and health*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50, pp. 1173-88.
- Heaslip, V., Hean, S., Parker, J. (2016), *Lived experience of vulnerability from a Gypsy Roma Traveller perspective*. Journal of Clinical Nursing, 25, pp. 1987-98.
- Heaslip, V., Hean, S., Parker, J. (2016), *The etemic model of Gypsy Roma Traveller community vulnerability: is it time to rethink our understanding of vulnerability?* Journal of Clinical Nursing, 27, pp. 3426-35.
- Internazionale (2019), *Cosa è successo a Torre Maura e perchè Roma esclude I rom*. Internazionale online. <https://www.internazionale.it/bloc-notes/2019/04/04/rom-torre-maura-roma>.
- Izsák-Ndiaye, R. (2017), *Romani Global Diaspora: Implementation of the Right to Health*. Health and Human Rights Journal, 19, 2, pp. 1-3.
- Kolarcik, P., Geckova, A.M., Orosova, O., van Dijk, J.P., Reijneveld, S.A. (2009), *To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?* Social Science and Medicine, 68, pp. 1279-84.
- Lau, Y. A., Ridge, M. (2011), *Addressing the impact of social exclusion on mental health in Gypsy, Roma, and Traveller communities*. Mental Health and Social Inclusion, 15, 3, pp. 129-137.
- Lee, E.J., Keyes, K., Bitfoi, A., Mihova, Z., Pez, O., Yoon, E., Kovess-Masfety, V. (2014), *Mental health disparities between Roma and non-Roma children in Romania and Bulgaria*, Bulgaria, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/297>.
- Lethi, A., Mattson, B. (2001), *Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice prospective*. Family Practice, 18, 4, pp. 445-448.
- Ljujic, V., Vedder, P., Dekker, H., Van Geel, M. (2012), *Romaphobia: A unique phenomenon?*. Romani Studies, 5, 22, 2, pp. 141-152.
- Lloyd, G., McCluskey, G. (2008), *Education and Gypsies/Travellers: 'contradictions and significant silences'*. International Journal of Inclusive Education, 12, 4, pp. 331-345.

- McCaffery, J. (2009), *Gypsies and Travellers: literacy, discourse and communicative practices*. Compare, 39, 5, pp. 643-657.
- McFadden, A., Siebelt, L., Gavine, A., Atkin, K., Bell, K., Innes, N., Jones, H., Jackson, C., Haggi, H., MacGillivray, S. (2018), *Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review*. European Journal of Public Health, 28, 1, pp. 74-81.
- Monasta, L., Erenbourg, A., Stefano Restaino, S., Lutje, V., Luca Ronfani, L. (2012), *Review of the Scientific Literature on the Health of the Roma and Sinti in Italy*. Ethnicity & Disease, 22, pp. 367-371.
- Morrone, A., Spinelli, A., Geraci, S., Toma, L., Andreozzi, S. (a cura di) (2003), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 03/4, Roma, <http://old.iss.it/binary/publ/publi/0304.1109071999.pdf>.
- Nazroo, J.Y. (2003), *The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism*. American Journal of Public Health, 93, 2, pp. 277-84.
- Pachter, L.M., García Coll, C. (2009), *Racism and Child Health: A Review of the Literature and Future Directions*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30, 3, pp. 255-263.
- Pappa, E., Chatzikonstantinidou, S., Chalkiopoulos, G., Papadopoulos, A., Niakas, D. (2015), *Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 6, pp. 6669-81.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., Gee, G. (2015), *Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 10, 9, pp. 1-48.
- Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Moore, J., Thomas, K., Cooper, C. (2004) *The health status of Gypsies and Travellers in England: Report of Department of Health Inequalities in Health Research Initiative, The University of Sheffield School of Health and Related Research, Sheffield*.
- Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K., Cooper, C. (2007), *Health status of Gypsies and Travellers in England*. Journal of Epidemiology and Community Health, 61, 3, pp. 198-204.
- Pascoe, E.A., Richman, L.S. (2009), *Perceived discrimination and health: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 135, 4, pp. 531-554.
- Pereira, H., Amaral, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R.M., Loureiro^{SEP}, M. (2016), *Mental Health Disparities Between Roma and Non-Roma Unemployment Insurance Beneficiaries in Portugal*. Diversity and Equality in Health and Care, 13, 3, pp. 246-250.
- Perocco, F. (2016), *Condizioni di salute e disuguaglianze di salute*, in Di Noia, L. (2016), *La condizione dei Rom in Italia*. Edizioni Ca'Foscari, Venezia.
- Piasere, L. (1999), *Un mondo di mondi: antropologia delle culture rom*. L'Ancora del Mediterraneo, Napoli.
- Piasere, L. (2015), *L'antiziganismo*. Quodlibet Studio, Macerata.
- Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S., Kelly Y. (2013), *A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people*. Social Science and Medicine, 95, pp. 115-27.
- Richardson, J. Bloxson, J. & Greenfields, M. (2007) *East Kent Sub-Regional Gypsy and Traveller Accommodation Assessment Report (2007-2012)*. Leicester: De Montfort University.

- Ricordy, A., Motta, F., Geraci, S. (a cura di) (2014), *saluteRom. Itinerari possibili*. Edizioni Pendragon, Bologna.
- Ricordy, A., Trevisani, C., Motta, F., Casagrande, S., Geraci, S., Baglio, G. (a cura di) (2012), *La salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione*. Edizioni Pendragon, Bologna, http://www.romsintimemory.it/assets/files/discriminazione/inclusione_sociale/lavoro/III.2.C%20ALLEGATO%209%20La_salute_per_i_rom_giugno2012.pdf.
- Robles-Ortega, H., Guerra, P., González-Usera, I., Mata-Martín, J.L., Fernández-Santaella, M.C., Vila, J., Bolívar-Muñoz, J., Bernal-Solano, M., Mateo-Rodríguez, I., Daponte-Codina, A. (2017), *Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology in People affected by Home Eviction in Spain*. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, e57, pp. 1–8.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968), *Pygmalion in the classroom*. *The urban review*, 3(1), 16-20.
- Rubovits, P.C., & Maehr, M.L. (1971), *Pygmalion analyzed: Toward an explanation of the Rosenthal-Jacobson findings*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19(2), 197–203.
- Sándor, J., Kósa, K., Boruzs, K., Boros, J., Tokaji, I., McKee, M., Ádány, R. (2017), *The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services?*. *International Journal of Public Health*, 62, pp. 803–815.
- Sepkowitz, K.A. (2006), *Health of the world's Roma population*. *Lancet*, 367, pp. 1707-8.
- Singh, S.P., Burns, T. (2006), *Race and mental health: there is more to race than racism*. *British Medical Journal*, 333, pp.648-651.
- Singh, S.P., Greenwood, N., White, S., Churchill, R. (2007), *Ethnicity and the Mental Health Act 1983*. *British Journal of Psychiatry*, 191, pp. 99-105.
- Surdu, L., Surdu, M. (a cura di) (2006), *Broadening the Agenda: The Status of Romani Women in Romania*. Open Society Institute, New York. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/broadening-agenda-status-romani-women-romania>.
- Thorndike, R.L. (1968), Reviews: Rosenthal, Robert, and Jacobson, Lenore. *Pygmalion in the Classroom*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968. *American Educational Research Journal*, 5(4), 708-711.
- Trevisan, P. (2004), *La "salute" dei rom: una questione piuttosto ingarbugliata: Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*. *La Ricerca Folklorica*, 50, pp. 53-73.
- Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J., Cooper, C. (2007), *Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, pp. 205–210.
- Versey, H.S., Cogburn, C.C., Wilkins, C.L., Joseph, N. (2019), *Appropriated racial oppression and its role for health in whites and blacks*. *Social Science and Medicine*, 230, pp. 295-302.
- Zoltán Vokó, Péter Csépe, Renáta Németh, Karolina Kósa, Zsigmond Kósa, et al.. Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, BMJ Publishing Group, 2009, 63 (6), pp.455-n/a.
- Watson, H, and Downe, S. (2017), *Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review*. *Reproductive Health*, 14, 1, pp. 1-16.
- Zelko, E., Svab, I., Pavlic, D.R. (2015), *Quality of life and patient satisfaction with family practice care in a Roma Population with chronic conditions in northea*

