



Unione
Europea

FAMI
FONDO ASILO MIGRAZIONE E
INTEGRAZIONE 2021/2027



MINISTERO
DELL'INTERNO

RAPPORTO DI VALUTAZIONE TEMATICO

Valutazione del Programma
Nazionale Fondo Asilo, Migrazione
e Integrazione (FAMI)
2021-2027

Versione 1.0
Dicembre 2025



**LA TUTELA DELLA SALUTE
DEI RICHIEDENTI E TITOLARI
DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE:
Gli interventi del PN FAMI 21-27
per la presa in carico delle
vulnerabilità psico-fisiche**

INDICE

| | |
|--------------------------|-----|
| ACRONIMI | IV |
| PREMESSA..... | VI |
| SOMMARIO ESECUTIVO | VII |

INTRODUZIONE

| | |
|---|----|
| 1. OGGETTO E METODOLOGIA D'INDAGINE | 2 |
| 1.1. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL RAPPORTO TEMATICO | 2 |
| 1.2. L'IMPIANTO TEORICO METODOLOGICO | 3 |
| 1.3. STRUMENTI DI RACCOLTA E METODI DI ANALISI DATI..... | 5 |
| 1.3.1. Analisi Desk | 5 |
| 1.3.2. Analisi Field..... | 6 |
| 2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO..... | 9 |
| 2.1. FLUSSI DI CITTADINI DI PAESI TERZI IN ITALIA | 9 |
| 2.2. INDICATORI DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE..... | 11 |
| 2.3. PROFILI DI VULNERABILITÀ TRA I MIGRANTI ACCOLTI..... | 16 |

PARTE I - FOCUS DELLA RICERCA

| | |
|---|----|
| 3. GLI INTERVENTI FAMI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DI RTPI..... | 25 |
| 3.1. IL PN FAMI DI FRONTE A NUOVI FABBISOGNI | 25 |
| 3.2. CARATTERIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI..... | 26 |
| 3.2.1. Piani Regionali Salute | 30 |
| 3.2.2. Progetto "TUTELAE" | 33 |
| 3.3. LA TUTELA SANITARIA TRA VECCHIA, NUOVA E ALTRA PROGRAMMAZIONE..... | 34 |
| 4. CREAZIONE E RAFFORZAMENTO DELLA GOVERNANCE MULTILIVELLO | 36 |
| 4.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE..... | 36 |
| 4.1.1. I principali fabbisogni rintracciati sul territorio | 36 |
| 4.1.2. Azioni programmate | 38 |
| 4.2. UNO SGUARDO TERRITORIALE | 41 |
| 4.2.1. Coordinamento istituzionale e rete territoriale..... | 41 |
| 4.2.2. Procedure comuni, sistemi informativi, analisi e disseminazione..... | 43 |
| 4.2.3. Elementi chiave emersi | 45 |
| 5. INDIVIDUAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO DELLE VULNERABILITÀ | 46 |
| 5.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE..... | 46 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.1.1. | Fabbisogni presenti sul territorio | 46 |
| 5.1.2. | Azioni programmate | 51 |
| 5.2. | UNO SGUARDO TERRITORIALE | 54 |
| 5.2.1. | Azioni di prossimità e <i>outreach</i> | 55 |
| 5.2.2. | Équipe multidisciplinari e percorsi dedicati | 56 |
| 5.2.3. | Presa in carico per target specifici | 57 |
| 5.2.4. | Riabilitazione, inclusione e accompagnamento | 58 |
| 5.2.5. | Elementi chiave emersi | 58 |
| 6. | FORMAZIONE, INTERVISIONE E SUPPORTO AGLI OPERATORI..... | 60 |
| 6.1. | I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE..... | 60 |
| 6.1.1. | Fabbisogni presenti sul territorio | 60 |
| 6.1.2. | Azioni programmate | 62 |
| 6.2. | UNO SGUARDO TERRITORIALE | 64 |
| 6.2.1. | Formazione continua e congiunta..... | 64 |
| 6.2.2. | Intervisione e tutela del benessere del personale | 66 |
| 6.2.3. | Elementi chiave emersi | 67 |
| 7. | ALFABETIZZAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE | 68 |
| 7.1. | I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE..... | 68 |
| 7.1.1. | Fabbisogni presenti sul territorio | 68 |
| 7.1.2. | Azioni programmate | 71 |
| 7.2. | UNO SGUARDO TERRITORIALE | 73 |
| 7.2.1. | Sensibilizzazione e orientamento sanitario | 73 |
| 7.2.2. | Materiale informativo..... | 74 |
| 7.2.3. | Mediazione linguistico-culturale | 74 |
| 7.2.4. | Elementi chiave emersi | 75 |

CONCLUSIONI VALUTATIVE

| | | |
|--------|---|----|
| 8. | RISULTATI E RACCOMANDAZIONI | 77 |
| 8.1. | I RISULTATI DELLA VALUTAZIONE..... | 77 |
| 8.1.1. | Rilevanza..... | 77 |
| 8.1.2. | Efficacia..... | 79 |
| 8.1.3. | Coerenza..... | 81 |
| 8.1.4. | Criteri Trasversali | 83 |
| 8.2. | COME PUÒ INTERVENIRE IL PN FAMI 21-27 | 84 |

ALLEGATI

| | |
|--|----|
| ALLEGATO I – Matrice di Valutazione..... | ii |
|--|----|

| | |
|--|------|
| ALLEGATO II – Matrice di Analisi Desk | iii |
| ALLEGATO III – Matrice Continuità e Complementarietà..... | v |
| ALLEGATO IV – Interviste | vii |
| ALLEGATO IV – Casi di Studio..... | viii |
| [PROG-248] pERsone – Percorsi Emilia-Romagna Salute Obiettivo Nessuno Escluso..... | viii |
| [PROG-493] FARI4Lazio | ix |
| [PROG-603] M.I.S.CA – Migranti In Salute in Campania..... | x |
| ALLEGATO V – Bibliografia | xiii |

ACRONIMI

| | |
|--------------|--|
| AdG | Autorità di Gestione |
| ANCI | Associazione Nazionale Comuni Italiani |
| ASL | Azienda Sanitaria Locale |
| ASP | Azienda di Servizi alla Persona |
| ASP | Azienda Sanitaria Provinciale |
| AUSL | Azienda Unità Sanitaria Locale |
| CAMEC | Consulenza Antropologica e Mediazione Etnoclinica |
| CAS | Centro di Accoglienza Straordinaria |
| CEAS | Common European Asylum System (Sistema Europeo Comune di Asilo) |
| CPIA | Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti |
| CPT | Cittadini di Paesi Terzi |
| CRI | Croce Rossa Italiana |
| DLCI | Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione |
| DSM | Dipartimento di Salute Mentale |
| DV | Domanda Valutativa |
| ECM | Educazione Continua in Medicina |
| ETS | Ente del Terzo Settore |
| FAD | Formazione a Distanza |
| FAMI | Fondo Asilo Migrazione e Integrazione |
| FESR | Fondo Europeo di Sviluppo Regionale |
| FG | Focus Group |
| FSE | Fondo Sociale Europeo |
| GDPR | General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) |
| HBV | Hepatitis B Virus (Virus dell'Epatite B) |
| HCV | Hepatitis C Virus (Virus dell'Epatite C) |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (Virus dell'Immunodeficienza Umana) |
| INMP | Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà |
| IST | Infezioni Sessualmente Trasmissibili |
| IVG | Interruzione Volontaria di Gravidanza |
| MEC | Mediazione Etnoclinica |
| MEDU | Medici per i Diritti Umani |
| MGF | Mutilazioni Genitali Femminili |
| MINT | Ministero dell'Interno |
| MSNA | Minori Stranieri Non Accompagnati |
| MTS | Mediatori Transculturali |
| ONG | Organizzazione Non Governativa |

| | |
|---------------|--|
| PN | Programma Nazionale |
| PTSD | Post-Traumatic Stress Disorder (Disturbo da Stress Post-Traumatico) |
| RTPi | Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale |
| SAMIFO | Salute Migranti Forzati |
| SAR | Search & Rescue |
| SIGECO | Sistema di Gestione e Controllo |
| SPDC | Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura |
| SSN | Servizio Sanitario Nazionale |
| SSR | Servizio Sanitario Regionale |
| STP | Straniero Temporaneamente Presente |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| UONPIA | Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza |
| WP | Work Package |

PREMESSA

Il presente documento costituisce il **Rapporto di Valutazione Tematico del Programma Nazionale FAMI 2021-2027**, redatto dalla società IZI Spa in qualità di valutatore indipendente del PN. Esso rappresenta il secondo dei cinque approfondimenti previsti dal Piano di Valutazione del PN FAMI 2021-2027 e dei tre previsti dal servizio di valutazione in corso. L'obiettivo di tali prodotti valutativi è quello di analizzare aspetti considerati via via strategici da parte dell'Autorità di Gestione nel corso della programmazione, al fine di offrire all'Amministrazione una comprensione più approfondita dei fabbisogni emergenti dai territori e contribuire in questo modo a migliorare, ove necessario, la qualità dell'elaborazione e dell'esecuzione del Programma Nazionale.

L'oggetto del presente Rapporto di Valutazione Tematico, definito di concerto con l'Autorità di Gestione, consiste nell'analisi del complesso sistema deputato alla **tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI)**, rivolgendo un'attenzione particolare allo specifico intervento attivato dal Programma Nazionale a tale scopo. Il Rapporto si rivolge, da un lato, all'Autorità di Gestione (AdG), con l'obiettivo di supportare la definizione di strategie future più informate, mirate ed efficaci nell'attuazione del PN FAMI 2021-2027; dall'altro, a una vasta platea di stakeholder impegnati, a vario titolo, nel percorso di individuazione, *referral* e presa in carico delle vulnerabilità psico-fisiche dei migranti destinatari, con l'obiettivo di fornire loro strumenti conoscitivi e analitici utili ad orientare decisioni e interventi. Tra gli stakeholder cui il Rapporto si rivolge, un ruolo centrale è attribuito alle Regioni beneficiarie dei progetti analizzati, i Piani Regionali Salute, con l'auspicio che la presente pubblicazione possa costituire uno strumento utile per favorire la condivisione, la capitalizzazione e la diffusione di buone pratiche sui territori.

Il documento si compone di **tre sezioni principali**, oltre alla presente premessa e al sommario esecutivo. La prima sezione è dedicata all'introduzione metodologica dello studio condotto (§1) e alla lettura del contesto di riferimento, approfondendo in particolare l'analisi dei principali indicatori di salute nella popolazione migrante in Italia ed i profili di vulnerabilità riscontrati all'interno del sistema di accoglienza (§2). Segue quindi un'ampia sezione destinata ad approfondire il focus centrale della ricerca, attraverso l'analisi dettagliata dell'intervento *"Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio"* attivato (§3), nonché le dimensioni tematiche di azione rilevate nell'analisi dei progetti finanziati: la governance multilivello (§4); l'emersione precoce e la presa in carico delle vulnerabilità (§5); la formazione, l'intervisione e il supporto agli operatori (§6); l'alfabetizzazione sanitaria dei RTPI e la promozione della salute (§7). Chiude un'ultima sezione riservata alle principali conclusioni valutative e raccomandazioni indirizzate al PN FAMI 2021-2027, formulate secondo gli ambiti di valutazione dell'efficacia, della rilevanza, della coerenza e dei criteri trasversali (§8).

In **allegato al Rapporto**, si riportano invece: la Matrice di Valutazione (Allegato I), la Matrice di analisi tematica dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e (Allegato II), la Matrice di Analisi della continuità / complementarietà dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e (Allegato III), nonché le Interviste effettuate (Allegato IV), i Casi di Studio analizzati (Allegato V) la Bibliografia di riferimento (Allegato VI).

SOMMARIO ESECUTIVO

Negli ultimi anni, l'Italia è stata interessata da un progressivo consolidamento della popolazione con *background* migratorio, a cui si affiancano flussi migratori intensi e differenziati per canali di ingresso, motivazioni e profili individuali, che includono in misura rilevante Cittadini di Paesi Terzi (CPT) richiedenti protezione internazionale. In questo quadro, sebbene il Servizio Sanitario Nazionale garantisca formalmente l'universalità dell'accesso alle cure, **le persone migranti continuano a sperimentare uno svantaggio sistematico in termini di salute e di accesso ai servizi di prevenzione e cura**. Le evidenze analizzate mostrano in questo senso come il cosiddetto *Healthy Immigrant Effect* tenda ad attenuarsi nel tempo, lasciando spazio a processi di vulnerabilizzazione progressiva legati a determinanti sociali della salute quali precarietà abitativa e lavorativa, lavoro usurante e instabilità economica, barriere linguistiche e amministrative, condizioni di marginalità e isolamento sociale. Gli indicatori sanitari analizzati confermano questa evoluzione: a fronte di un progressivo avvicinamento del profilo epidemiologico dei CPT a quello della popolazione nativa, persistono tuttavia alcune specificità rilevanti, in particolare una maggiore incidenza di disturbi psichici, malattie infettive e condizioni perinatali, nonché un divario persistente tra cittadine italiane e straniere nella fruizione dei controlli in gravidanza, che richiamano condizioni di vulnerabilità e percorsi di accesso ai servizi spesso svantaggiati. Analogamente, i dati sugli infortuni sul lavoro mostrano una sovraesposizione dei lavoratori stranieri ai rischi occupazionali, con una quota di infortuni e di decessi significativamente superiore al loro peso relativo nell'occupazione complessiva. Tale squilibrio riflette la concentrazione della manodopera migrante in settori ad alta intensità di rischio e contribuisce a mantenere condizioni di fragilità che incidono anche sugli esiti di salute nel medio-lungo periodo. All'interno di questo quadro generale, **un discorso a parte è rappresentato dai richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI)**, che costituiscono una popolazione portatrice di fragilità specifiche, spesso complesse e stratificate, legate a esperienze traumatiche vissute nei Paesi di origine, lungo il percorso migratorio e nelle fasi successive all'arrivo e che incidono in modo significativo sullo stato di salute fisica e mentale. Il sistema normativo nazionale ed europeo riconosce in questo senso specifiche condizioni di tutela delle vulnerabilità di questa popolazione, prevedendo tra le altre cose misure di accoglienza rafforzate. Nonostante ciò, la configurazione attuale del sistema di accoglienza italiano, fortemente sbilanciata verso l'accoglienza straordinaria nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e ulteriormente aggravata dalla riduzione delle figure professionali specialistiche all'interno delle strutture, limita la possibilità di intercettare precocemente i bisogni sanitari e psicosociali e di attivare percorsi strutturati di presa in carico. Le informazioni disponibili sulle vulnerabilità sanitarie e psicosociali risultano inoltre frammentarie e parziali. I dati più strutturati provengono dal Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), che tuttavia riguarda solo una quota minoritaria della popolazione accolta. All'interno del SAI, tra le condizioni di vulnerabilità maggiormente rilevate figurano le esperienze di tortura e violenza, il disagio mentale e le situazioni di tratta e sfruttamento, con una distribuzione differenziata per genere a discapito della componente femminile. Accanto alle fragilità intercettate dai circuiti istituzionali, permane poi un'area ampia e in larga parte invisibile di vulnerabilità che coinvolge RTPI fuoriusciti dai percorsi formali di accoglienza, in particolare coloro che vivono in insediamenti informali legati al lavoro agricolo stagionale, ma non solo. L'assenza di dati sistematici su queste popolazioni limita la capacità di programmazione degli interventi e rafforza la necessità di approcci integrati che connettano salute, accoglienza, lavoro e contrasto allo sfruttamento.

Di fronte a questo scenario, il **PN FAMI 2021–2027**, in continuità con il ciclo di programmazione precedente, ma con un chiaro cambio di passo, attribuisce un ruolo sempre più centrale alla tutela dei gruppi maggiormente vulnerabili – tra cui persone affette da fragilità psico-fisiche, minori stranieri non accompagnati, donne, vittime di tratta e violenza, etc. – e al rafforzamento di una governance multilivello che sia capace di dare risposte concrete alle criticità rilevate, integrando in modo strutturato politiche, servizi e attori coinvolti. All'interno di questo quadro, **la tutela della salute dei RTPI assume una rilevanza specifica attraverso l'introduzione**

dell'intervento OS1.e "Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio" che, pur rappresentando una quota minoritaria rispetto ad altri ambiti del Programma in termini di risorse complessive, segna un'evoluzione sostanziale nell'approccio del PN FAMI alla tematica. Nel confronto con il PN FAMI 2014–2020, l'attuale programmazione supporta infatti un passaggio da un approccio prevalentemente sperimentale e frammentato, fatto di una molteplicità di iniziative locali, a un modello più strutturato e programmatico, in cui la salute è riconosciuta come componente essenziale dei percorsi di accoglienza e integrazione. La centralità attribuita ai Piani Regionali, l'introduzione di indicatori specifici di Programma e il rafforzamento delle sinergie con altre linee di finanziamento – sia all'interno del PN FAMI sia con altri programmi nazionali e regionali – testimoniano la volontà di consolidare nel tempo i risultati raggiunti e di favorire una maggiore integrazione tra politiche. L'architettura dell'intervento OS1.e) si fonda su due linee di azione complementari. Da un lato, i **Piani Regionali per la tutela della salute dei RTPI**, finanziati attraverso un Avviso pubblico dedicato, attraverso cui il Programma affida alle Regioni e alle Province autonome la responsabilità di progettare e attuare modelli territoriali di presa in carico delle vulnerabilità, in stretto raccordo con il Servizio Sanitario Nazionale e con il sistema di accoglienza. Dall'altro, **il progetto nazionale TUTELAE, a titolarità dell'INMP**, che svolge una funzione di accompagnamento tecnico-operativo, standardizzazione delle procedure e diffusione di strumenti e buone prassi a livello nazionale, contribuendo a rafforzare la coerenza complessiva dell'intervento. L'analisi congiunta dei progetti attivati nell'ambito dell'OS1.e ha permesso di evidenziare come la strategia del PN FAMI 21-27 si articola lungo quattro dimensioni operative strettamente interconnesse, che coprono l'intero ciclo della presa in carico e contribuiscono a delineare un'azione di sistema che, pur nelle differenze territoriali, condivide obiettivi e direttrici comuni.

La creazione e rafforzamento della governance multilivello rappresenta la prima delle direttrici portanti dell'intervento OS1.e del PN FAMI 21–27: questa viene considerata infatti come una condizione abilitante per una presa in carico efficace e continuativa delle vulnerabilità, rispondendo a un insieme di fabbisogni strutturali emersi con forza nei territori maggiormente interessati dalla presenza di RTPI. L'aumento dei flussi migratori e la crescente complessità dei profili di vulnerabilità hanno infatti accresciuto negli ultimi anni la pressione sui sistemi di accoglienza, facendo di fatto emergere limiti strutturali nella capacità dei servizi territoriali di rispondere in modo tempestivo e coordinato ai bisogni della popolazione target. Le analisi condotte hanno consentito in questo senso di individuare **tre criticità trasversali che incidono sulla capacità di garantire una presa in carico equa, tempestiva e continuativa delle vulnerabilità**: (i) la frammentazione organizzativa ed operativa tra livelli di governo, tra territori e tra sistemi di servizio, sia a livello intra- che inter-regionale; (ii) la carenza o l'applicazione difforme di modelli, protocolli e strumenti standardizzati per l'individuazione precoce, il *referral* e il monitoraggio dei percorsi di salute; (iii) la scarsità di informazioni strutturate sui contesti di intervento, sui fabbisogni effettivi e sulle buone prassi già sperimentate, che limita la capacità di programmazione e di apprendimento collettivo.

In risposta a tali criticità, **i progetti finanziati nell'ambito dell'intervento hanno previsto l'attivazione di un ampio ventaglio di azioni**. La quasi totalità dei Piani Regionali Salute ha programmato azioni volte a rafforzare il raccordo istituzionale e la cooperazione intersettoriale. In particolare, ciò si concretizza nell'istituzione o consolidamento di meccanismi formali di coordinamento – quali tavoli istituzionali, comitati di pilotaggio o board multilivello – finalizzati a creare spazi stabili di confronto tra Regioni, Aziende Sanitarie, enti locali, prefetture, gestori dell'accoglienza e terzo settore. A livello nazionale, inoltre, l'attivazione da parte dell'Autorità di Gestione del Tavolo "Piani Regionali Salute" presso il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, con il supporto dell'INMP, rappresenta un primo tentativo di raccordo verticale e orizzontale tra i diversi sistemi regionali, rafforzando la coerenza complessiva dell'intervento. Accanto al coordinamento istituzionale, numerosi Piani promuovono lo sviluppo e l'ampliamento di reti territoriali integrate pubblico-privato, con l'obiettivo di superare la logica delle collaborazioni occasionali e costruire relazioni strutturate e continuative. Tali reti favoriscono una maggiore integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari con il sistema di accoglienza, migliorando la fluidità dei percorsi di presa in carico, in particolare nelle fasi più critiche di transizione. Un secondo ambito rilevante d'intervento riguarda la standardizzazione delle procedure. Circa la metà dei Piani Regionali prevedono l'elaborazione di strumenti comuni – quali schede uniche di triage, protocolli di *referral* e

linee di indirizzo regionali – volti a rendere più omogenee le modalità di individuazione e presa in carico delle vulnerabilità, seguendo quanto già promosso a livello centrale dal Ministero dell’Interno attraverso la pubblicazione dell’apposito “*Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e di accoglienza*”. Tuttavia, la diffusione di sistemi informativi integrati per la condivisione e il monitoraggio dei dati di salute risulta ancora limitata. In tale contesto, il progetto TUTELAE assume un ruolo strategico attraverso lo sviluppo evolutivo della piattaforma SAVE, finalizzata a standardizzare la raccolta e il tracciamento dei dati sanitari e di vulnerabilità e a favorirne l’interoperabilità tra territori. Un ulteriore filone di azione, presente in buona parte dei Piani, riguarda infine il rafforzamento della capacità di programmazione basata su evidenze. Le Regioni prevedono in questo ambito attività di analisi del contesto locale, mappatura dei fabbisogni e valutazione in itinere dei percorsi e della qualità dei servizi, nonché iniziative di disseminazione e condivisione delle sperimentazioni più efficaci, mirando a trasformare l’esperienza progettuale in conoscenza sistemica e a favorire l’apprendimento condiviso. Anche in questo caso, un ruolo di primo piano è svolto dal progetto dell’INMP, che dedica un intero Work Package all’identificazione e alla diffusione delle buone prassi territoriali, con l’obiettivo di favorirne la trasferibilità e l’adozione da parte delle diverse Regioni.

In questo ambito tematico, lo **sguardo territoriale sui tre casi studio** – Emilia-Romagna (pERsone), Lazio (Fari4Lazio) e Campania (M.I.S.CA) – ha permesso di mostrare come i Piani Regionali possano fungere da catalizzatori di modelli di governance multilivello più strutturati e riconoscibili, fornendo una cornice più solida e legittimata alla presa in carico sociosanitaria dei RTPi. Pur con assetti organizzativi differenti, i tre progetti convergono infatti nel tentativo di istituzionalizzare i dispositivi di coordinamento e le reti territoriali, favorendo la costruzione di modelli che permettano di superare la dimensione progettuale, avviando processi di sistematizzazione destinati a perdurare oltre la durata del finanziamento. All’interno di questa cornice, l’impianto di governance “a cascata”, sperimentato dalle Regioni partner dei precedenti progetti ICARE e ICARE2, sembra rappresentare un esempio particolarmente virtuoso che riesce ad assicurare un raccordo costante tra livello interregionale, regionale e territoriale. Inoltre, il coordinamento regionale, quando esercitato direttamente all’interno della struttura della Regione e non delegato a una Azienda Sanitaria Locale (ASL), sembra consentire di garantire una maggiore coerenza strategica, alleggerendo le aziende sanitarie da una parte rilevante del carico progettuale. Permangono tuttavia alcune criticità legate, principalmente, ai tempi di rodaggio necessari per rendere operativi i meccanismi di coordinamento quando le differenze di capacità amministrativa e di esperienza tra territori risultano più marcate. A ciò si aggiunge l’elevata dinamicità dei flussi migratori, che può far emergere il rischio di assetti di governance eccessivamente rigidi: alla formalizzazione dei tavoli territoriali deve quindi affiancarsi un adeguato grado di flessibilità, indispensabile per consentire rapidi adattamenti ai mutamenti del contesto.

L’individuazione precoce e la presa in carico delle vulnerabilità psico-fisiche dei RTPi rappresentano il fulcro operativo dell’intervento OS1.e del PN FAMI 21–27. I progetti finanziati si confrontano con una popolazione portatrice di fragilità psico-fisiche multiple e complesse, spesso difficili da riconoscere, soprattutto nei contesti di accoglienza straordinaria e nelle situazioni di marginalità estrema, e di fronte alle quali il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) non sempre si trova preparato per agire correttamente. All’interno di questa dimensione, **l’analisi condotta evidenzia quattro macro-ambiti di criticità che incidono simultaneamente sulla capacità dei sistemi sanitari regionali di fornire risposte adeguate ad fabbisogni individuati**: (i) la difficoltà ad intercettare tempestivamente le vulnerabilità, in particolare quelle “sommerse”; (ii) la presenza di bisogni psico-sanitari complessi che richiedono approcci integrati e specializzati; (iii) la frammentazione e la disomogeneità territoriale dei servizi dedicati a specifici target particolarmente vulnerabili; (iv) il rischio di una medicalizzazione impropria del disagio sociale e di cronicizzazione delle fragilità.

In risposta a questi fabbisogni, **i progetti finanziati nell’ambito dell’intervento si caratterizzano per la messa in campo di una pluralità articolata di interventi**. La maggior parte dei Piani Regionali prevede innanzitutto un rafforzamento significativo delle azioni di prossimità e *outreach*, considerate strumenti essenziali per l’emersione dei bisogni sommersi. Attraverso unità mobili, sportelli itineranti, servizi a bassa soglia e interventi nei centri di accoglienza, nei luoghi informali di vita e lavoro e negli insediamenti informali, i progetti adottano

strategie proattive volte a superare le barriere di accesso al SSN e a favorire l'orientamento e l'invio ai servizi territoriali. Un secondo asse centrale riguarda la presa in carico vera e propria delle vulnerabilità, che si concretizza principalmente nella costituzione o nel rafforzamento di équipe multidisciplinari e di percorsi assistenziali dedicati. Tutti i Piani Regionali prevedono dispositivi di presa in carico integrata che coinvolgono, con configurazioni variabili, figure sanitarie, psicologiche, socio-assistenziali e di mediazione linguistico-culturale. Tali équipe svolgono una funzione di snodo tra sistema di accoglienza e servizi sanitari territoriali e specialistici, contribuendo a ridurre la frammentazione e a garantire percorsi più coerenti e personalizzati, in particolare nei casi di maggiore complessità. Sebbene ciascun Piano possieda un proprio focus di intervento prioritario, che riflette sia i differenti fabbisogni intercettati nei diversi contesti territoriali sia gli ineguali livelli di maturità dei rispettivi sistemi socio-assistenziali, l'analisi mette in luce una crescente attenzione alla salute mentale, che emerge come ambito prioritario in molti territori. Particolare rilievo assumono poi gli interventi dedicati ai gruppi ad alta vulnerabilità. Sebbene siano presenti esperienze virtuose, la programmazione risulta a tal riguardo ancora disomogenea: solo una parte dei Piani prevede azioni strutturate per le vittime di tortura e violenze gravi, per la salute delle donne migranti e per i minori e i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). Le attività più avanzate includono valutazioni cliniche integrate, certificazione medico-legale dei traumi subiti, percorsi di salute sessuale e riproduttiva, interventi contro la violenza di genere e la tratta, nonché servizi specialistici per il disagio mentale e lo sviluppo psicofisico dei minori. In questo ambito, l'attuazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA rimane disomogenea, confermando quanto già rilevato dal Monitoraggio nazionale dell'INMP e rendendo necessario un rafforzamento delle competenze e del coordinamento in materia, anche attraverso il supporto del progetto nazionale TUTELAE. Un ultimo elemento qualificante dell'azione dei Piani riguarda infine l'attivazione, in circa la metà dei territori, di percorsi ponte per la riabilitazione, l'inclusione e l'accompagnamento all'autonomia, finalizzati a garantire la sostenibilità nel tempo dei percorsi di *recovery*. Tali azioni – che includono dimissioni protette, riabilitazione psicosociale, accesso a comunità alloggio, percorsi formativi e di inclusione lavorativa – riconoscono che la tutela della salute dei RTPI non può esaurirsi nella dimensione clinica, ma richiede un'integrazione strutturata con le politiche sociali, abitative e del lavoro.

L'analisi dei tre casi studio territoriali, nell'ambito di questa dimensione tematica, conferma l'importanza delle azioni di prossimità e delle équipe multidisciplinari nel favorire l'emersione precoce delle vulnerabilità e nel garantire la loro adeguata presa in carico. Tali azioni non svolgono soltanto una funzione sanitaria, ma assumono anche una valenza relazionale, contribuendo alla costruzione di fiducia e alla continuità dei percorsi di cura; inoltre, la capacità di modulare la composizione delle équipe in funzione dei bisogni si configura come un elemento positivo per rispondere in modo efficace a fabbisogni complessi e stratificati. In questo quadro, il modello *hub & spoke* emerge in particolare come una buona pratica di razionalizzazione e qualificazione dell'intervento, consentendo di ottimizzare le risorse e assicurare omogeneità negli standard di intervento. Con riferimento in particolare ai target più vulnerabili, i casi di studio mostrano come l'attivazione di percorsi dedicati alle vittime di tortura e di violenze gravi, fondati sull'integrazione tra valutazione clinica, presa in carico multidisciplinare e certificazione medico-legale, consenta di rafforzare la qualità e la coerenza delle procedure a supporto della protezione internazionale. I progetti evidenziano inoltre la necessità di porre un'attenzione particolare alla vulnerabilità dei minori migranti e dei MSNA, per i quali sono previsti protocolli specifici di presa in carico sanitaria e psicologica, e, rispetto alla salute delle donne migranti, di disporre di competenze professionali e dotazioni strumentali dedicate all'interno delle équipe. Infine, le sperimentazioni avviate nell'ambito della riabilitazione post-ospedaliera, pur articolate in modalità differenti nei diversi progetti, confermano la rilevanza strategica di tali dispositivi, facendo emergere un vuoto strutturale particolarmente critico nella fase di transizione dall'accoglienza al territorio ed evidenziando la necessità di rendere tali strumenti stabili oltre la durata dei progetti.

Il **rafforzamento delle conoscenze, delle competenze e del benessere degli operatori** rappresenta una dimensione trasversale e strategica dell'intervento OS1 e del PN FAMI 21–27. L'analisi dei Piani Regionali Salute e del progetto nazionale TUTELAE evidenzia come la qualità e la sostenibilità della presa in carico delle vulnerabilità di RTPI dipendano infatti in larga misura dalla capacità dei sistemi territoriali di investire sul capitale

umano coinvolto nei percorsi di accoglienza, orientamento e cura. Si tratta infatti di un ambito d'intervento particolarmente complesso, che prevede la necessità di lavorare a stretto contatto con una popolazione molto eterogenea, proveniente da contesti culturali molto diversi da quello italiano, ed in continuo mutamento, rendendo necessario un costante aggiornamento delle competenze e degli strumenti professionali utilizzati. **I fabbisogni rilevati sul territorio si articolano in questo senso lungo tre assi principali:** (i) la carenza di competenze specifiche in materia di salute transculturale e di gestione delle vulnerabilità complesse; (ii) la disomogeneità di linguaggi, pratiche e standard operativi tra enti e professionisti appartenenti a sistemi diversi; (iii) l'elevato sovraccarico emotivo e il rischio di burnout e traumatizzazione vicaria tra gli operatori che lavorano in contesti ad alta intensità traumatica.

In risposta a questi fabbisogni, **l'intervento in questione sviluppa un insieme coerente e articolato di azioni.** Quasi tutti i Piani Regionali prevedono percorsi di formazione specialistica e multidisciplinare rivolti a operatori sanitari, socio-sanitari, dell'accoglienza e della mediazione linguistico-culturale. La formazione non si limita all'aggiornamento tecnico, ma include competenze etno-cliniche, comunicative e relazionali, fondamentali per una presa in carico culturalmente competente. Accanto a percorsi altamente strutturati – in alcuni casi sviluppati in collaborazione con università e centri di alta formazione – la maggior parte delle Regioni adotta modalità più flessibili e operative, come la formazione-azione e i moduli tematici mirati, in grado di raggiungere un numero ampio di operatori. Un secondo ambito rilevante riguarda le azioni di intervizione, supervisione e scambio di buone pratiche, previste dalla maggioranza dei Piani Regionali. Attraverso comunità di pratica, tutoring su casi complessi, momenti di confronto tra pari e altri dispositivi di *cooperative learning*, i progetti mirano a ridurre la frammentazione dei linguaggi e delle prassi operative, favorendo la costruzione di un vocabolario condiviso e di approcci multidisciplinari più coerenti. In questo quadro si colloca anche il contributo del progetto TUTELAE, che promuove a livello nazionale comunità di pratica dedicate, in particolare su temi sensibili come l'applicazione del Protocollo per la determinazione dell'età dei MSNA, rafforzando lo scambio interregionale e l'armonizzazione delle procedure. Più limitata, ma strategicamente rilevante, è invece la diffusione di azioni esplicitamente orientate al supporto psicologico e al benessere degli operatori. Solo una parte minoritaria dei Piani Regionali prevede interventi strutturati di prevenzione del *burnout* e della traumatizzazione vicaria, quali spazi di *debriefing*, supporto psicologico individuale o di gruppo, supervisione clinica e integrazione del tema del trauma vicario nei processi formativi. Le esperienze più avanzate mostrano come tali dispositivi possano contribuire non solo alla tutela della salute degli operatori, ma anche alla qualità e alla continuità delle relazioni di cura, riducendo il rischio di turnover e di esaurimento emotivo.

Lo **sguardo territoriale sui casi studio di Emilia-Romagna, Lazio e Campania** evidenzia modelli formativi differenziati ma convergenti nella logica di fondo. In tutti e tre i contesti, infatti, la formazione è concepita come un processo continuo e integrato, strettamente connesso alle dinamiche operative e di governance dei progetti. Un elemento qualificante è rappresentato dall'impostazione prevalentemente "dal basso" dei percorsi formativi, che consente di intercettare criticità concrete a partire dai bisogni espressi dai territori e di costruire moduli di approfondimento adattati alle specificità dei contesti locali, rafforzando al contempo il senso di corresponsabilità e di appartenenza a un sistema integrato di intervento. Anche la varietà delle modalità formative adottate riflette differenti scelte organizzative e livelli di sperimentazione. In questo quadro, l'introduzione di strumenti particolarmente innovativi – come podcast e simulazioni immersive – appare di particolare interesse e meritevole di ulteriore approfondimento, in quanto consente di ampliare le opportunità di accesso e di coinvolgimento dei destinatari, soprattutto in relazione allo sviluppo di competenze pratiche e relazionali. Per quanto riguarda invece le azioni di supporto indirizzate a tutelare il benessere del personale sanitario e non, si conferma l'importanza di integrare la prevenzione del trauma vicario nelle dinamiche organizzative e nei processi di lavoro delle équipes multiprofessionali, sia in forma collettiva che individuale, al fine di consentire agli operatori di elaborare esperienze emotivamente gravose, riducendo il rischio di sovraccarico.

L'alfabetizzazione sanitaria dei RTP1 e la promozione della salute rappresentano l'ultima dimensione trasversale rilevata all'interno dell'intervento OS1.e. L'alfabetizzazione sanitaria, intesa come l'insieme di conoscenze e competenze che consentono alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare

informazioni e servizi sanitari, è riconosciuta come un determinante cruciale della salute e come una leva fondamentale per ridurre le disuguaglianze. Nel caso dei migranti forzati, livelli mediamente più bassi di alfabetizzazione sanitaria si intrecciano con barriere linguistiche, culturali e sociali, amplificando le difficoltà di accesso ai servizi ed il rischio di un loro utilizzo improprio, incidendo, più in generale, sugli esiti di salute. In questo quadro, **le analisi condotte hanno permesso di individuare due macro-ambiti di fabbisogno ricorrenti**: da un lato, una limitata conoscenza del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei propri diritti sanitari, che si traduce in difficoltà di orientamento, scarso ricorso alla prevenzione e frequenti accessi impropri ai servizi di emergenza; dall'altro, la presenza di barriere linguistiche e culturali che ostacolano la comprensione delle informazioni sanitarie e la costruzione di una relazione terapeutica efficace. Tali criticità sono ulteriormente aggravate da determinanti sociali della salute quali condizioni abitative precarie, instabilità lavorativa e assenza di reti di supporto, che spesso spostano le priorità dei beneficiari verso bisogni percepiti come più urgenti rispetto alla tutela della salute.

In risposta a questi fabbisogni, **l'alfabetizzazione sanitaria emerge come la dimensione più diffusamente presidiata dai Piani Regionali Salute**. La maggior parte delle Regioni prevede interventi strutturati di orientamento e sensibilizzazione sanitaria, finalizzati a migliorare la conoscenza del SSN, delle modalità di accesso alle cure e dei principali temi di educazione alla salute. Tali interventi assumono forme diversificate – cicli di incontri informativi, laboratori tematici, sportelli dedicati e attività di prossimità – e sono generalmente realizzati nei luoghi di vita e di accoglienza dei destinatari, con un'attenzione specifica ai gruppi più vulnerabili. I contenuti affrontati spaziano dall'accesso ai servizi e alla prevenzione, alla salute mentale, agli stili di vita, alla salute sessuale e riproduttiva e alla gestione delle patologie croniche, riflettendo i bisogni emergenti nei diversi contesti territoriali. Un secondo asse di intervento, presente in maniera sistematica in tutti i Piani Regionali, riguarda la produzione e diffusione di materiale informativo multilingue. Le Regioni investono in una pluralità di strumenti – cartacei e digitali – e in modalità di diffusione complementari, al fine di garantire una copertura informativa ampia e accessibile. Il terzo ambito, anch'esso trasversale a tutti i Piani, riguarda il rafforzamento della mediazione linguistico-culturale, riconosciuta come dispositivo essenziale per superare le barriere comunicative e favorire una relazione di cura basata su fiducia, comprensione reciproca e alleanza terapeutica. La mediazione è prevalentemente integrata nelle équipes multidisciplinari, nelle unità di prossimità e negli ambulatori dedicati ai migranti, assumendo una funzione di sistema che va oltre il semplice supporto linguistico. Alcune Regioni sperimentano modelli innovativi, quali servizi di mediazione *on-demand*, traduzione telefonica o sistemi centralizzati a valenza regionale, rispondendo in modo più flessibile alla variabilità dei fabbisogni territoriali e linguistici.

Lo **sguardo territoriale sui casi studio di Emilia-Romagna, Lazio e Campania** conferma un'impostazione condivisa che concepisce l'alfabetizzazione sanitaria come parte integrante e continua della presa in carico, piuttosto che come intervento solamente episodico. L'orientamento sanitario è incorporato nei momenti ordinari di contatto con i servizi, a partire dalla prima visita, ed è rafforzato da attività di prossimità che consentono di raggiungere anche le persone più marginalizzate. Inoltre, l'adozione di metodologie partecipative e interculturali, come laboratori di educazione alla salute, basati su metodologie innovative quali strumenti audiovisivi e giochi di ruolo, si rivela particolarmente efficace nel rendere comprensibili temi complessi e nel superare barriere linguistiche e culturali. In questo ambito, particolarmente rilevante risulta essere la sperimentazione di una piattaforma digitale volta alla centralizzazione e al coordinamento regionale dei materiali informativi, che consente di ridurre duplicazioni e garantire coerenza dei contenuti, rafforzando al contempo la sostenibilità degli interventi e evitando sprechi di risorse pubbliche. In riferimento alla mediazione linguistico-culturale, viene infine confermato il suo ruolo imprescindibile come leva di qualità e di equità dei percorsi sanitari; emerge a tal riguardo la necessità di rafforzare la formazione sanitaria specifica dei mediatori, così come di colmare le carenze di disponibilità per alcune lingue e dialetti minoritari, evidenziando l'esigenza di un maggiore allineamento tra programmazione e fabbisogni emergenti dai territori.

Nel complesso, le evidenze emerse dall'analisi valutativa indicano che **l'intervento OS1.e del PN FAMI 2021–2027 rappresenta un avanzamento significativo nel rafforzamento strutturale della tutela della salute dei RTPi**,

sia in termini di rafforzamento della capacità dei servizi territoriali di intercettare e prendere in carico vulnerabilità complesse, sia ampliando la capacità di promuovere modelli di presa in carico più integrati e sistemici rispetto alla programmazione precedente. L'impostazione dell'intervento, fondata sull'integrazione delle quattro dimensioni chiave – governance multilivello, individuazione e presa in carico delle vulnerabilità, formazione e supporto agli operatori, alfabetizzazione sanitaria – risulta in questo senso complessivamente coerente con la complessità dei bisogni di salute della popolazione target e con le principali barriere di accesso ai servizi sanitari rilevate a livello territoriale.

Sotto il profilo della **rilevanza**, i Piani Regionali Salute e il progetto nazionale TUTELAE mostrano una buona capacità di rispondere ai fabbisogni prioritari emersi nei territori lungo l'insieme delle dimensioni tematiche considerate, introducendo un approccio sistemico che supera la frammentazione di iniziative locali e favorisce una maggiore stabilità e omogeneità dei percorsi di presa in carico. Permangono tuttavia alcuni margini di miglioramento, in particolare con riferimento al rafforzamento dell'integrazione e dell'armonizzazione interregionale, alla strutturazione di percorsi di riabilitazione e accompagnamento all'autonomia maggiormente coordinati con altri interventi di inclusione, al consolidamento di misure volte a prevenire il rischio di traumatizzazione vicaria degli operatori e a un ulteriore sviluppo delle competenze sanitarie specialistiche dei mediatori linguistico-culturali. In termini di **efficacia**, l'ampia copertura territoriale dell'intervento e l'avvio della quasi totalità dei Piani Regionali testimoniano un potenziale di impatto significativo. Tuttavia, l'analisi mette in luce una marcata disomogeneità nei tempi di avvio e nei livelli di avanzamento delle attività, con risultati preliminari prevalentemente concentrati in un numero limitato di progetti più maturi. I casi di studio confermano poi l'efficacia delle azioni di prossimità e delle équipes multidisciplinari nel favorire l'emersione precoce delle vulnerabilità e nel migliorare l'accesso ai servizi, il valore aggiunto di modelli organizzativi strutturati nel garantire qualità e uniformità degli interventi, l'importanza della strutturazione di percorsi formativi "dal basso" che riflettano i reali bisogni del personale e di metodologie innovative che promuovano partecipazione e apprendimento, nonché la necessità di concepire l'alfabetizzazione sanitaria e la promozione della salute come aspetti trasversali e strutturali alla presa in carico. Con riferimento alla **coerenza**, le azioni finanziate mostrano una buona integrazione con il quadro dei servizi esistenti e con altre fonti di finanziamento, grazie alla diffusa capitalizzazione di progettualità pregresse e alla costruzione di sinergie con programmi nazionali e regionali. Al contempo, la forte eterogeneità delle soluzioni adottate e una non sempre chiara delimitazione degli ambiti di intervento evidenziano la necessità di un quadro di indirizzo più definito, capace di sostenere le Regioni con minore esperienza e di rafforzare l'uniformità delle pratiche su scala nazionale. In questo contesto, il ruolo di *stewardship* svolto dall'INMP attraverso il progetto TUTELAE si configura come un elemento strategico per il consolidamento e la sistematizzazione delle esperienze territoriali, da valorizzare ulteriormente. Infine, rispetto ai **criteri trasversali**, l'intervento OS1.e mostra una crescente attenzione alla presa in carico differenziata dei target maggiormente vulnerabili, in particolare dei MSNA, mentre risultano ancora limitate e disomogenee le azioni specificamente dedicate alle vittime di tortura e alle donne migranti. L'approccio prevalente, orientato all'integrazione di percorsi specialistici all'interno delle équipes multidisciplinari e dei servizi esistenti piuttosto che alla creazione di servizi separati, appare coerente con una logica di sostenibilità e complementarità, ma richiede un ulteriore rafforzamento in termini di copertura territoriale e standardizzazione degli interventi.

Il quadro che emerge dalle attività valutative condotte è, quindi, positivo. Nel loro insieme, i risultati della valutazione suggeriscono che il PN FAMI 2021–2027 abbia avviato un processo di trasformazione rilevante nel modo in cui la tutela della salute dei RTPI viene concepita e praticata, contribuendo a **porre le basi per lo sviluppo di un modello di assistenza sanitaria e socio-sanitaria multidisciplinare, migrant-sensitive e data-driven, integrato ed uniforme su tutto il territorio nazionale**. Permangono, come è naturale, degli ambiti su cui sarà necessario intervenire per assicurare una strutturazione più completa e definita alle azioni sviluppate. Il consolidamento dei risultati raggiunti nel prosieguo della programmazione e in vista dei cicli futuri richiederà inoltre un investimento mirato sulla sistematizzazione delle buone pratiche emerse e sulla sostenibilità di lungo periodo dei modelli di intervento sviluppati.

PARTE I

Introduzione

1. OGGETTO E METODOLOGIA D'INDAGINE

1.1. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL RAPPORTO TEMATICO

Il presente Rapporto costituisce il secondo Approfondimento Tematico previsto nell'ambito delle attività di valutazione del Programma Nazionale Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (PN FAMI) 2021-2027. Il Piano di Valutazione del Programma Nazionale ha infatti programmato cinque **approfondimenti valutativi**, da realizzarsi con cadenza annuale, finalizzati ad analizzare specifiche questioni considerate di volta in volta strategiche da parte dell'Autorità di Gestione (AdG). L'obiettivo principale di tali adempimenti è quello di esaminare in modo approfondito particolari aspetti realizzativi e di contesto degli interventi realizzati nell'ambito del PN FAMI, in modo da offrire all'Amministrazione elementi conoscitivi utili per comprendere l'evoluzione dei fabbisogni nei territori e supportare in tal modo la definizione di strategie future più informate ed efficaci. In particolare, tali approfondimenti intendono contribuire al miglioramento continuo della qualità dell'elaborazione e dell'esecuzione del Programma, aggiornandone il quadro di riferimento e fornendo informazioni, analisi e raccomandazioni utili a riorientarne le azioni promosse, laddove necessario. Rispetto ad altre tipologie di attività valutative previste dal Piano, i Rapporti Tematici si caratterizzano per un approccio più analitico e dettagliato, finalizzato a offrire nel corso della programmazione focus di studio su specifici elementi rilevanti di *policy*.

Il Rapporto Tematico previsto per l'annualità 2025 ha per oggetto "**La tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale**"¹, attraverso l'analisi dei progetti realizzati nell'ambito dell'Obiettivo Specifico 1 – Asilo, intervento e) "*Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei Servizi Sanitari sul territorio*".

L'oggetto è stato definito di concerto con l'Autorità di Gestione, che ha provveduto a fornire al team di valutazione utili aggiornamenti sullo stato di avanzamento dei progetti attivati e su quelli in fase di avvio nell'area di intervento. La tutela della salute delle persone migranti rappresenta un **diritto fondamentale sancito dalle norme internazionali, nazionali e regionali**. Per i richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) questo diritto assume un'importanza particolarmente rilevante, poiché spesso provengono da esperienze di vita segnate da privazioni e difficoltà e da contesti caratterizzati da condizioni socio-sanitarie precarie. Costituiscono inoltre una popolazione ad alto rischio di sviluppare disturbi fisici e psicopatologici a causa delle esperienze stressanti o propriamente traumatiche vissute. Si tratta infatti di persone che hanno abbandonato il proprio Paese, solitamente, per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne, separandosi forzatamente dai propri affetti, e che, durante il viaggio verso l'Europa – ma anche dopo l'arrivo –, sono spesso esposti a ulteriori rischi e traumi legati alla pericolosità dei viaggi e a situazioni di sfruttamento e violenze di varia natura. Inoltre, negli ultimi anni, l'incremento del numero di migranti vulnerabili giunti in Italia, oltre ad aver portato alla saturazione dei posti loro riservati nelle strutture di accoglienza, ha fatto crescere l'esigenza di predisporre percorsi di assistenza specifici. In risposta a tali bisogni, il PN FAMI 21-27 ha quindi attivato un **apposito Avviso Pubblico** per il finanziamento di "*Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità*", che ha portato al finanziamento di 17 Piani Regionali. Tali progetti hanno come obiettivo comune quello di potenziare la tutela della salute di RTPI, con particolare riferimento alle persone presenti nei centri di accoglienza, e a promuovere un'assistenza sanitaria integrata ed uniforme su tutto il

¹ Ai fini del presente Rapporto, per "richiedenti e titolari di protezione internazionale" (RTPI) si intendono tutte le categorie giuridiche destinatarie delle attività previste dall'Avviso Pubblico "Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità" (cfr. §3.2).

territorio nazionale. Accanto ai Piani Regionali Salute, il PN FAMI 21-27 ha inoltre finanziato un'**iniziativa di respiro nazionale**, il progetto "TUTELAE", promossa dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), per favorire il raccordo e lo scambio di buone prassi tra i Piani e contribuire in questo modo al miglioramento della capacità di presa in carico sanitaria e sociosanitaria dei migranti vulnerabili e con bisogni speciali da parte dei centri di accoglienza e dei servizi sanitari territoriali.

Il presente Rapporto Tematico si propone pertanto di dare conto delle iniziative finanziate in quest'ambito, evidenziando gli approcci operativi scelti dai diversi progetti per la loro attuazione e i primi risultati raggiunti. Le attività condotte hanno permesso di esplorare in profondità il tema della tutela della salute dei RTPI e di analizzare il contributo offerto dalle risorse FAMI in questo ambito. Le analisi sono state rivolte a consentire, ove opportuno, di formulare indicazioni utili al potenziamento degli interventi per il futuro prossimo e venturo e per elaborare raccomandazioni operative volte al miglioramento complessivo del sistema di tutela della salute dei RTPI.

1.2. L'IMPIANTO TEORICO METODOLOGICO

Per raggiungere gli obiettivi appena descritti, il Rapporto Tematico è stato articolato in tre sezioni principali:

- I. **Il Contesto di riferimento** – In questa sezione è offerta una ricostruzione del quadro di riferimento, necessaria per delimitare l'oggetto della ricerca all'interno di un *framework* che ne evidenzia caratteristiche ed evoluzione. In assenza di dati sistematicamente raccolti sul gruppo destinatario, l'analisi di contesto restituisce informazioni quantitative che, per approssimazione, possono essere estese anche a tale gruppo, in particolar modo rispetto alle condizioni di salute dei Cittadini di Paesi Terzi (CPT) presenti in Italia ed ai profili di vulnerabilità monitorati all'interno del Sistema di Accoglienza e Integrazione;
- II. **Il focus della ricerca** – La seconda sezione è dedicata alla conoscenza dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e), oggetto principale dell'indagine. L'analisi prende avvio dall'esame sistematico della documentazione relativa a tutti i progetti finanziati e si concentra intorno ad un approfondimento qualitativo condotto attraverso tre casi di studio, individuati in accordo con l'Autorità di Gestione. Il quadro è completato dall'analisi del contributo offerto dal progetto nazionale dell'INMP e dalla raccolta delle testimonianze rese da alcune organizzazioni umanitarie attive sul territorio nazionale. L'intera analisi è suddivisa in quattro dimensioni tematiche (governance multilivello, emersione precoce e presa in carico delle vulnerabilità, formazione degli operatori, alfabetizzazione sanitaria), dettagliate nelle pagine successive, con l'obiettivo di esaminare i bisogni, le sfide e le criticità dei vari contesti, individuando al contempo specifiche opportunità di miglioramento;
- III. **Le conclusioni valutative** – L'ultima sezione è dedicata all'analisi più prettamente valutativa, sintetizzando i risultati emersi e tirando le fila delle indagini condotte, non solo per rispondere alle domande valutative, ma anche per offrire suggerimenti e spunti di riflessione utili per il miglioramento delle modalità di strutturazione ed attuazione degli interventi e, di conseguenza, del sistema di tutela della salute dei RTPI.

L'impianto metodologico dello studio ha seguito un approccio *theory-based*, centrato sulla analisi della **Teoria del Cambiamento (TdC)** sottintesa nella programmazione e nella formulazione dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e). La Teoria del Cambiamento è una metodologia specifica, applicata sia in fase di pianificazione che di valutazione di progetti che promuovono delle soluzioni di cambiamento sociale. Essa si configura come un processo di riflessione che conduce in maniera critica a esplicitare come avvengano i cambiamenti, a partire dalle risorse impiegate nel contesto di un progetto fino al raggiungimento dei suoi obiettivi. Tale approccio si rivela quindi come uno strumento utile per identificare i fattori chiave che permettono ad un intervento di muoversi verso i risultati attesi.

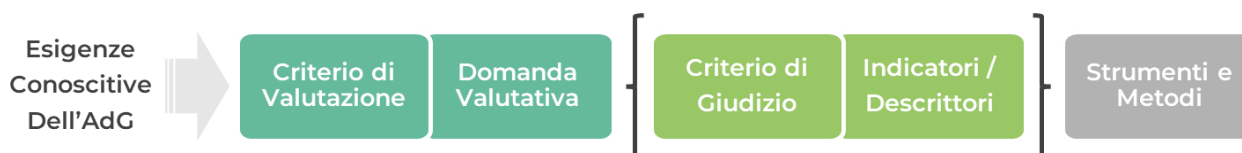
Il processo metodologico si è quindi articolato secondo un **percorso strutturato di analisi e ricostruzione logico-concettuale**, avviato a partire dall'esame dei principali documenti di riferimento: l'Avviso Pubblico, i Piani Regionali Salute che ne sono risultati, ed il progetto nazionale "TUTELAE". L'analisi documentale sistematica

sull'intero corpus progettuale è stata affiancata e supportata da un'approfondita *literature review* e dalla raccolta di evidenze primarie da parte di stakeholder chiave del Programma, con l'obiettivo di verificare gli elementi ricorrenti in termini di criticità e fabbisogni rilevati dai progetti sul territorio. Attraverso questo processo, è stato quindi possibile ricostruire la Teoria del Cambiamento implicita alla programmazione, evidenziando la catena logica che collega i fabbisogni di contesto, le attività realizzate, i risultati previsti a breve (*output*) e medio termine (*outcome*) e gli impatti attesi a lungo termine². Tale schema ha orientato tutte le successive attività valutative condotte, compresa la costruzione dei casi di studio, fornendo un quadro logico di riferimento sul quale basare la cornice interpretativa per la descrizione e l'analisi degli interventi. Questa impostazione ha consentito di definire inoltre la struttura portante del Rapporto Tematico, orientando l'organizzazione dei contenuti stessi e traducendo in questo modo la complessità delle esperienze territoriali in un quadro analitico organico e comparabile.

Parallelamente, a partire dalle esigenze conoscitive espresse dall'Autorità di Gestione, è stata poi elaborata la **Matrice di Valutazione** (cfr. Allegato I), in cui i Criteri di Valutazione da esplorare sono stati esplicitati in una serie di Domande Valutative (DV). Per ciascuna DV, sono stati poi stabiliti i Criteri di Giudizio necessari per la loro risposta e individuati gli indicatori e i descrittori utili alla formulazione del giudizio stesso, nonché gli strumenti e metodi di raccolta e analisi dati. In particolare, il processo valutativo ha preso in esame quattro dei sei ambiti di valutazione definiti all'Articolo 44 del Regolamento (EU) 2020/1060 e previsti dal Piano di Valutazione del Programma, definiti come segue:

- **Rilevanza**, intesa come la misura in cui gli interventi del PN FAMI 21-27 finanziati nell'ambito dell'intervento OS1.e) rispondono alle reali esigenze e fabbisogni dei destinatari;
- **Efficacia**, intesa come la misura in cui tali interventi sono sulla buona strada per raggiungere i propri obiettivi;
- **Coerenza**, intesa come la misura in cui tali interventi risultano coerenti con il quadro di politiche e servizi esistenti, evitando duplicazioni e favorendo sinergie;
- **Criteri trasversali**, intesi come la misura in cui tali interventi tengono conto di specifiche situazioni di vulnerabilità, in particolare vittime di tortura, donne e Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA).

Figura 1 - Processo di costruzione della Matrice di Valutazione



L'approfondimento tematico tiene comunque in conto del fatto che i progetti in questione risultano ancora in una fase esecutiva parziale, rendendo prematuro un giudizio conclusivo sui risultati raggiunti. La riflessione si è quindi concentrata, da una parte, sui bisogni e le criticità emerse nell'analisi di contesto e, dall'altra, sul fondamento logico e le modalità di implementazione dei progetti finanziati dal FAMI, aiutando a interpretare il loro progresso nel raggiungimento dei risultati attesi e per verificare la necessità di eventuali aggiustamenti nell'implementazione. **L'obiettivo dell'analisi è quindi formativo, piuttosto che sommativo**, orientato al futuro e volto a suggerire potenziali riorientamenti e a fornire raccomandazioni operative per il miglioramento degli interventi; tale approccio mira a generare conoscenza condivisa, identificando e condividendo buone pratiche nonché traendo lezioni apprese dagli approcci e dalle operazioni attuali. Il principio della valutazione come "processo di apprendimento" diviene quindi alla base dell'approccio del lavoro del Team e del prodotto finale del servizio.

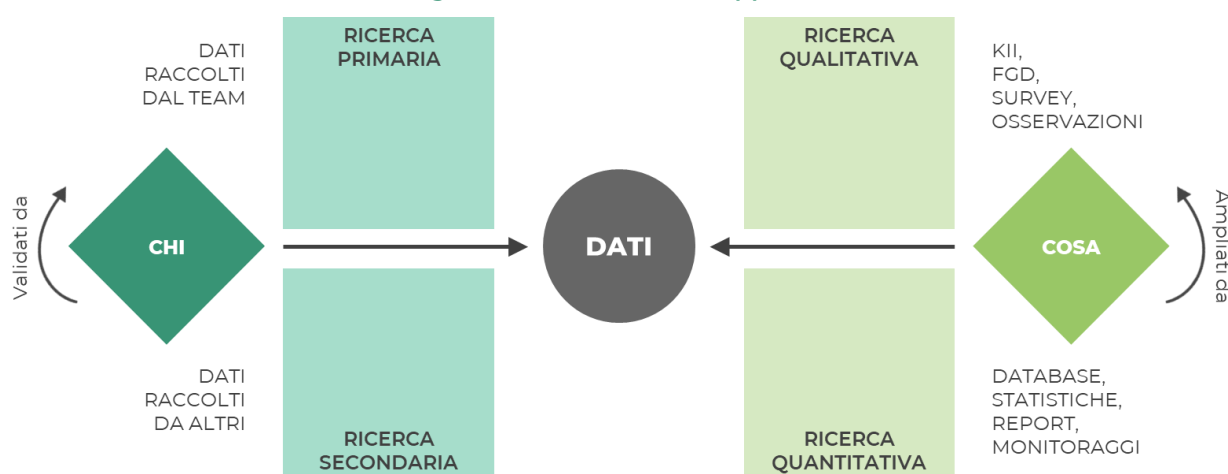
² Per la presentazione del diagramma della TdC e la sua descrizione dettagliata si rimanda al terzo capitolo del presente documento, che presenta gli interventi FAMI sulla tematica in questione.

1.3. STRUMENTI DI RACCOLTA E METODI DI ANALISI DATI

Le indagini sono state svolte tra i mesi di settembre e novembre 2025, e sono state condotte attraverso una triangolazione di metodi, combinando sia ricerche primarie che secondarie, su dati sia quantitativi che qualitativi. **La ricerca è stata infatti caratterizzata da un design a metodi misti**, che ha permesso al Team di valutazione di raccogliere una vasta gamma di dati diversificati. La selezione di strumenti e metodi specifici è stata adattata alla disponibilità e qualità dei dati, alle problematiche specifiche da esaminare e alla tipologia di stakeholder coinvolti, garantendo così un'analisi integrata e solida attraverso l'uso di più fonti di convalida dei risultati.

In tale prospettiva è stato elaborato **un piano di ricerca dettagliato**, in cui ciascuna tipologia di informatore è stata abbinata allo strumento di raccolta dati più adatto. Il piano di ricerca definitivo ha funzionato da guida strutturata per la raccolta dei dati, garantendo un approccio coeso e metodologicamente coerente alla raccolta delle evidenze e alla cattura di una vasta gamma di prospettive e intuizioni.

Figura 2 - *Mixed-method approach*



Di seguito viene presentata una **panoramica dei principali strumenti che sono stati utilizzati e il loro abbinamento con le principali fonti d'informazione e tipologie di stakeholders individuati**. In generale, le attività di ricerca si sono articolate in due macro-aree di analisi: l'analisi desk e l'analisi field, successivamente integrate attraverso un accurato processo di triangolazione.

1.3.1. Analisi Desk

L'analisi desk è stata condotta come **fase preliminare strategica per costruire il quadro conoscitivo di riferimento su cui agiscono i progetti finanziati dal FAMI**, attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati secondari, sia quantitativi che qualitativi, utili a supportare l'intero processo di indagine. Come primo passo, è stata quindi condotta una revisione ampia e sistematica di tutta la documentazione disponibile con l'obiettivo di estrarre gli elementi chiave utili alla formulazione delle ipotesi e delle assunzioni preliminari, poi verificate attraverso le attività di ricerca primaria. Per fare ciò, la documentazione reperita è stata organizzata e catalogata in un archivio strutturato, così da garantire una consultazione coerente e completa delle fonti. L'approccio multi-livello (progettuale, programmatico e di contesto) ha consentito di estrarre informazioni uniche che, combinate, hanno offerto una visione completa del fenomeno e delle iniziative in esame, garantendo una solida base di dati secondari utili per informare le fasi successive della ricerca. L'identificazione sistematica delle lacune informative ha inoltre orientato la progettazione degli strumenti di ricerca primaria per garantire una copertura esaustiva dell'oggetto di studio. Infine, l'analisi desk del corpus progettuale ha permesso di individuare gli ambiti tematici sui quali i progetti hanno concentrato le proprie attività e di costruire una specifica matrice di analisi tematica (Allegato II) utilizzata come riferimento per guidare la lettura e la trattazione delle azioni programmate.

Nello specifico, il team di valutazione ha raccolto e catalogato la seguente documentazione:

- **Documenti progettuali** – proposte progettuali, schede di monitoraggio, etc.;
- **Procedure attivate sul PN FAMI 2021-2027** – avviso pubblico e relativa documentazione (decreti ministeriali, graduatoria, note metodologiche sugli indicatori, note sulle procedure di rendicontazione, etc.);
- **Cruscotto di monitoraggio** – dati forniti dall'Autorità di Gestione in merito all'avanzamento finanziario, fisico e procedurale dell'intervento in oggetto al 30 settembre 2025;
- **Documentazione programmatica** – PN FAMI 2021-2027, Sistema di Gestione e Controllo (SIGECO), Documento metodologico del quadro di riferimento dell'efficacia dell'attuazione del Programma Nazionale del FAMI 2021-2027, Manuale delle regole di ammissibilità e di rendicontazione delle spese, etc.;
- **Documentazione normativa** – piani, strategie, documenti di indirizzo, decreti, norme, etc., di livello comunitario e nazionale, relativi alla tutela della salute dei RTPI;
- **Letteratura specialistica** – produzione scientifica e dati statistici di organismi internazionali, nazionali, enti di ricerca e organizzazioni settoriali (cfr. Allegato IV).

1.3.2. Analisi Field

L'analisi field è stata progettata come componente della metodologia di indagine per **raccogliere evidenze primarie attraverso il coinvolgimento diretto degli stakeholder e dei beneficiari del Programma**. La conduzione di indagini di campo ha ricercato la verifica dei dati secondari precedentemente elaborati, triangolandoli con nuovi aspetti qualitativi in grado di rilevare informazioni, percezioni e nessi causali che il dato quantitativo difficilmente riesce a restituire. Nello svolgimento delle analisi field, il Team ha applicato un metodo partecipativo, che implica la considerazione di una varietà di valori e prospettive, la necessità di rispondere agli interessi di diversi stakeholder, così come la promozione di rapporti collaborativi nello svolgimento degli incontri. L'attività si è giovata del fondamentale supporto dell'AdG, che ha facilitato il contatto iniziale con i diversi stakeholder attraverso la redazione di una nota di riferimento ufficiale, che ha accompagnato i contatti introduttivi e ha garantito l'endorsement istituzionale, favorendo la credibilità e promuovendo la cooperazione necessaria per il buon esito della ricerca. Le analisi field sono state condotte attraverso due strumenti di approfondimento: le interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati e i casi di studio, che, come accennato in precedenza, costituiscono il fulcro delle attività valutative condotte.

1.3.2.1. Interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati

Le interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati (*Key-Informant Interviews* - KIIs) hanno permesso di coinvolgere stakeholders chiave impegnati, a vario titolo e diversi livelli, nella tutela della salute dei RTPI in Italia. Le KIIs, condotte sulla base di linee guida predefinite e successivamente adattate ai diversi interlocutori, hanno consentito di raccogliere informazioni mirate e di acquisire una comprensione approfondita delle esperienze e delle pratiche in atto. Sono state realizzate due tipologie di interviste, ciascuna con finalità specifiche.

Gli operatori specializzati appartenenti a **organizzazioni attive nei processi di presa in carico delle vulnerabilità psico-fisiche dei migranti in Italia sono stati ascoltati** con l'obiettivo di delineare un quadro dei principali fabbisogni presenti sul territorio nelle diverse dimensioni analizzate. Questo contributo ha permesso di integrare i dati statistici di contesto, spesso non disponibili con il livello di dettaglio necessario a cogliere la situazione specifica della popolazione RTPI sul territorio. In totale, sono stati intervistati 7 operatori appartenenti a quattro organizzazioni umanitarie:

- **Croce Rossa Italiana (CRI)**, organizzazione di volontariato impegnata in ambito sanitario e sociale, attiva in Italia nel campo delle migrazioni attraverso interventi di supporto sociale, psicologico e sanitario nei porti di sbarco, nelle aree di transito e frontiera e nei più di 40 centri di accoglienza gestiti sul territorio nazionale;
- **Emergency**, Organizzazione Non Governativa (ONG) indipendente e neutrale che, oltre all'operazione *Search & Rescue* (SAR) nel Mediterraneo, opera in Italia attraverso ambulatori mobili e fissi e uno sportello socio-sanitario in diverse regioni (Lombardia, Sicilia, Campania, Calabria, Sardegna, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) per garantire il diritto alla cura dei migranti e di altre categorie vulnerabili con difficoltà di accesso alle cure;

- **Intersos**, organizzazione umanitaria internazionale attiva in Italia nel Lazio, Puglia, Piemonte e Sicilia con interventi di protezione, supporto psicosociale e sanitario e percorsi di inclusione rivolti a persone altamente vulnerabili, tra cui MSNA, RTPI e persone sopravvissute o esposte a violenza di genere e sfruttamento lavorativo;
- **Medici per i Diritti Umani (MEDU)**, organizzazione umanitaria senza scopo di lucro attualmente operativa nel Lazio e in Toscana e, fino a inizio 2025, anche in Sicilia, Calabria e Piemonte, a sostegno delle popolazioni più vulnerabili, con progetti di assistenza sanitaria, supporto psicosociale e orientamento ai servizi, rivolti in particolare a migranti vittime di tortura, trattamenti inumani o tratta.

La seconda tipologia di intervista è stata condotta con l'**INMP**, in qualità di istituto di riferimento nazionale per le problematiche di assistenza socio-sanitaria delle popolazioni migranti nonché beneficiario del progetto nazionale *"TUTELAE - Promozione di strumenti e buone prassi nella presa in carico dei bisogni di salute dei migranti in condizione di vulnerabilità"* (PROG-1112). L'incontro ha permesso di ottenere un aggiornamento diretto sulle attività previste dal progetto che, seppur recentemente avviato, riveste un'importanza significativa nell'ambito della tutela della salute dei RTPI, ed ha rappresentato un'importante occasione per approfondire i principali fabbisogni in tema di rilevazione, *referral* e presa in carico delle vulnerabilità da parte del sistema d'accoglienza e dei servizi socio-sanitari territoriali.

L'elenco dettagliato delle interviste condotte è riportato nell'Allegato IV.

1.3.2.2. Casi di Studio

Il secondo strumento adottato è stato quello dei **casi di studio di approfondimento condotti su tre progetti regionali**, al fine di raccogliere informazioni qualitative in merito all'implementazione dei Piani Salute. La tipologia di casi studio utilizzata è stata di carattere descrittivo-illustrativo, finalizzata cioè ad arricchire e integrare le informazioni già acquisite tramite altre metodologie di ricerca per dare maggiore concretezza e profondità alle analisi. La selezione dei progetti regionali è avvenuta in accordo con l'Autorità di Gestione, sulla base di criteri di rappresentatività territoriale (Nord, Centro e Sud), qualità tecnico-metodologica delle proposte e stato di avanzamento delle attività e degli indicatori di progetto (cfr. §3). I progetti così individuati sono stati:

- Piano Regionale Salute Emilia-Romagna "pERsone - Percorsi Emilia-Romagna Salute Obiettivo Nessuno Escluso" (PROG-248);
- Piano Regionale Salute Lazio "FARI4LAZIO" (PROG-493)³;
- Piano Regionale Salute Campania "M.I.S.C.A - Migranti In Salute in Campania" (PROG-603).

Le indagini dei casi di studio sono state avviate con delle **interviste individuali** ai referenti di progetto. Queste sono state finalizzate a poter disporre di un quadro d'insieme delle attività programmate ed in corso, che travalicasse le informazioni contenute nei progetti approvati, e per comprendere meglio quali fossero le figure da coinvolgere per un ulteriore approfondimento della conoscenza dei progetti. Le interviste individuali hanno seguito una traccia tematica strutturata. Questa prima fase ha condotto ad identificare due tipologie di soggetti in grado di fornire ulteriori elementi conoscitivi sulle attività svolte:

- gli **stakeholder istituzionali**, che includono i rappresentanti delle Aziende Sanitarie e delle organizzazioni del terzo settore partner di progetto;
- le **équipe multidisciplinari** attive nei territori, includendo partecipanti appartenenti a diverse categorie professionali.

Il loro coinvolgimento è stato ottenuto grazie all'organizzazione, in collaborazione con i referenti, di due **focus group distinti** per ogni progetto. I focus group (FG) sono uno strumento di ricerca qualitativa finalizzato alla raccolta di punti di vista e feedback da parte del target individuato su uno specifico tema. Essi si basano su una metodologia consolidata di discussioni di gruppo semi-strutturate, guidate da uno o più moderatori e articolate

³ Il Progetto Fari4Lazio era già stato oggetto di uno studio di caso condotto per l'aggiornamento della valutazione intermedia presentato a giugno 2025. Per la valutazione tematica è stato consultato il lavoro svolto in precedenza integrandolo con nuove analisi valutative per aggiornare la situazione e colmare lacune informative legate alle specificità del Rapporto Tematico.

secondo una scaletta di *items* predefiniti, con il coinvolgimento di un numero di partecipanti generalmente compreso tra 6 e 12. Il FG con gli stakeholder istituzionali ha analizzato i meccanismi di coordinamento inter-istituzionali ed i percorsi di formazione e aggiornamento degli operatori; quello con le équipes multidisciplinari ha invece esplorato le modalità operative e i protocolli clinici sviluppati per l'individuazione e la presa in carico delle vulnerabilità e le azioni di promozione della salute.

L'Allegato V descrive le attività condotte per la realizzazione dei casi di studio.

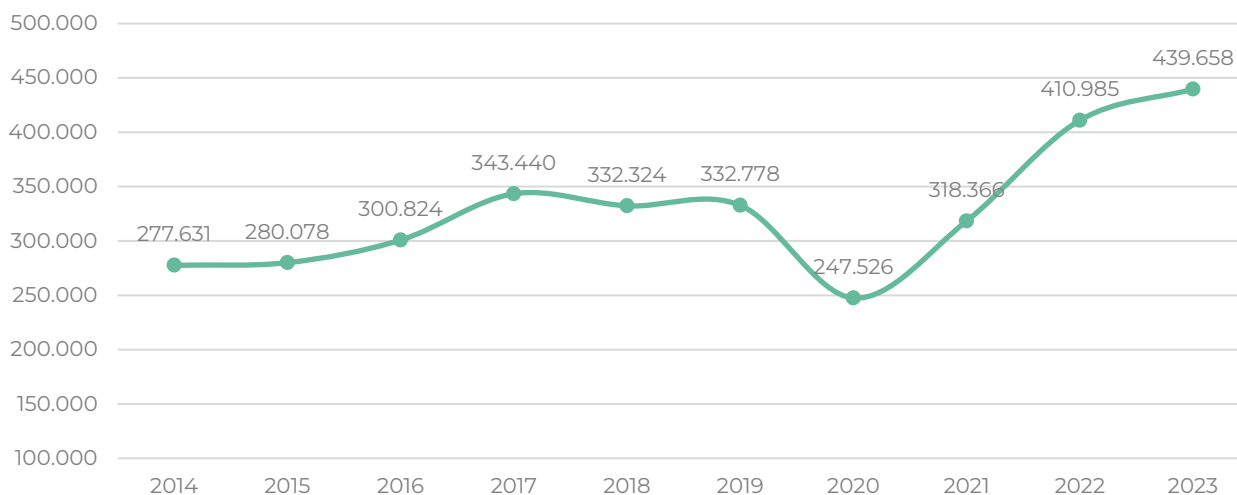
2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

2.1. FLUSSI DI CITTADINI DI PAESI TERZI IN ITALIA

Negli ultimi anni il **quadro demografico relativo alla popolazione straniera residente in Italia mostra un andamento di crescita costante**. Nel biennio 2023–2024 il numero dei residenti con cittadinanza non italiana è aumentato rispettivamente del 2,2% e del 3,2%, superando complessivamente i 5,4 milioni e raggiungendo una quota pari a poco più del 9% della popolazione totale⁴. A ciò si affiancano poi circa 380.000 iscrizioni anagrafiche per cittadinanza dall'estero ogni anno, con un lieve incremento nel 2024, che riflettono flussi migratori differenziati per motivazioni e caratteristiche individuali.

Anche l'**andamento negli ingressi di Cittadini di Paesi terzi** evidenzia un trend di crescita costante, ad eccezione della flessione registrata durante il periodo pandemico (2020 e, in parte, 2021). Nel 2023, il numero di ingressi ha segnato un incremento di oltre il 30% rispetto al 2019. Per contro, però, nonostante non ancora sistematizzati a livello comunitario, i dati sugli ingressi via mare nell'ultimo triennio, messi a disposizione dal cruscotto statistico del Ministero dell'Interno⁵, mostrano una netta diminuzione: al picco di oltre 157.000 arrivi registrato nel 2023 segue, nel 2024, una significativa flessione pari al 58%, con circa 66.500 arrivi, che si mantengono approssimativamente stabili anche per l'anno 2025⁶. Queste dinamiche mettono in evidenza l'eterogeneità dei canali di ingresso e la loro scarsa sovrapposibilità con il processo di consolidamento della popolazione straniera residente.

Grafico 1 - Ingressi CPT in Italia (Anni 2014 – 2023)



Fonte: EUROSTAT

L'accesso universale ai servizi sanitari per tutti coloro che risiedono nel territorio nazionale è un principio fondante del Sistema Sanitario Pubblico italiano, sancito dall'articolo 32 della Costituzione. La salute, infatti, è un diritto fondamentale che tutela la dignità individuale e rappresenta allo stesso tempo un interesse collettivo. Tuttavia, la letteratura disponibile mostra che i migranti presentano uno svantaggio sistematico rispetto alla popolazione autoctona, sia in termini di salute che di accesso a opportunità di prevenzione e cura⁷. La salute dei migranti, in quanto

⁴ IDOS – Centro Studi e Ricerche, Dossier Statistico Immigrazione 2025, Roma, IDOS Edizioni, 2025

⁵ <https://libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/documentazione/dati-e-statistiche/cruscotto-statistico-giornaliero>

⁶ I dati del 2025 si riferiscono all'ultima rilevazione disponibile del 16 Dicembre 2025 e sono suscettibili di successivo consolidamento

⁷ G.Baglio, A.Burgio, S.Geraci, *Salute della popolazione straniera*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (a cura di), *Rapporto Osservasalute 2021. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, 2022, p.373-374

gruppo particolarmente vulnerabile, deve essere infatti letta alla luce di un quadro concettuale che integri variabili individuali, sociali e istituzionali. Il modello dei **determinanti sociali della salute**, adottato a livello internazionale e ampiamente utilizzato nella programmazione sanitaria⁸, mette in relazione caratteristiche biologiche, stili di vita, reti relazionali, condizioni abitative e lavorative e il ruolo delle politiche pubbliche in un sistema multilivello.

Figura 3 - Modello dei determinanti di salute



Fonte: M. Whitehead e G. Dahlgren (1991)

Questo approccio consente di leggere gli esiti sanitari come il **prodotto dell'interazione tra risorse personali e condizioni ambientali**, e risulta particolarmente utile per analizzare le traiettorie di salute delle persone migranti. L'applicazione del modello permette di interpretare le evidenze secondo cui, al momento dell'arrivo, molte persone migranti presentano condizioni di salute relativamente favorevoli, un fenomeno noto come "effetto migrante sano" (*Healthy Immigrant Effect*⁹). Ciò avviene anche in ragione dell'età mediamente giovane e dei meccanismi di selezione associati al processo migratorio. Nel tempo, tuttavia, l'esposizione a condizioni abitative precarie, lavori poco tutelati, vulnerabilità economiche e barriere linguistiche o amministrative può contribuire a un progressivo deterioramento del profilo sanitario iniziale. Il vantaggio osservato in ingresso non è quindi stabile, ma dipende dal rapporto tra risorse disponibili e caratteristiche dei contesti di insediamento, secondo un processo che la letteratura descrive come vulnerabilizzazione progressiva – o "effetto migrante esausto", *Exhausted Migrant Effect*. Gli **indicatori socioeconomici relativi a povertà e abitazione** confermano in questo senso la presenza di condizioni che possono incidere sull'evoluzione degli esiti sanitari. Nel 2023 la povertà assoluta ha riguardato una quota sensibilmente più elevata di famiglie con *background* migratorio rispetto a quelle composte da soli cittadini italiani (Istat, *La povertà in Italia – Anno 2023*), mentre i livelli di sovraffollamento abitativo raggiungono valori tra i più alti nell'area OCSE (Eurostat). Questi elementi aumentano l'esposizione a stress abitativo, instabilità e limitazioni nell'accesso effettivo ai servizi territoriali.

⁸ Il modello dei determinanti di salute rappresentato a strati concentrici (spesso noto come "modello arcobaleno") è stato sviluppato da G. Dahlgren e M. Whitehead. Si veda G. Dahlgren – M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Background Document to WHO European Meeting on Bridging the Gap, 1991. Il concetto è stato successivamente integrato e promosso su vasta scala dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

⁹ Per il concetto di «effetto migrante sano» (*Healthy Immigrant Effect*) e il successivo deterioramento dello stato di salute (definito anche "paradosso dell'assimilazione"), si veda, ad esempio: R. G. Rumbaut, *Assimilation and its discontents: Ironies and paradoxes of contemporary immigration*, in C. Hirschman – P. Kasinitz – J. DeWind (eds.), *The handbook of international migration: The American experience*, Russell Sage Foundation, New York, 1999, pp. 433-456.

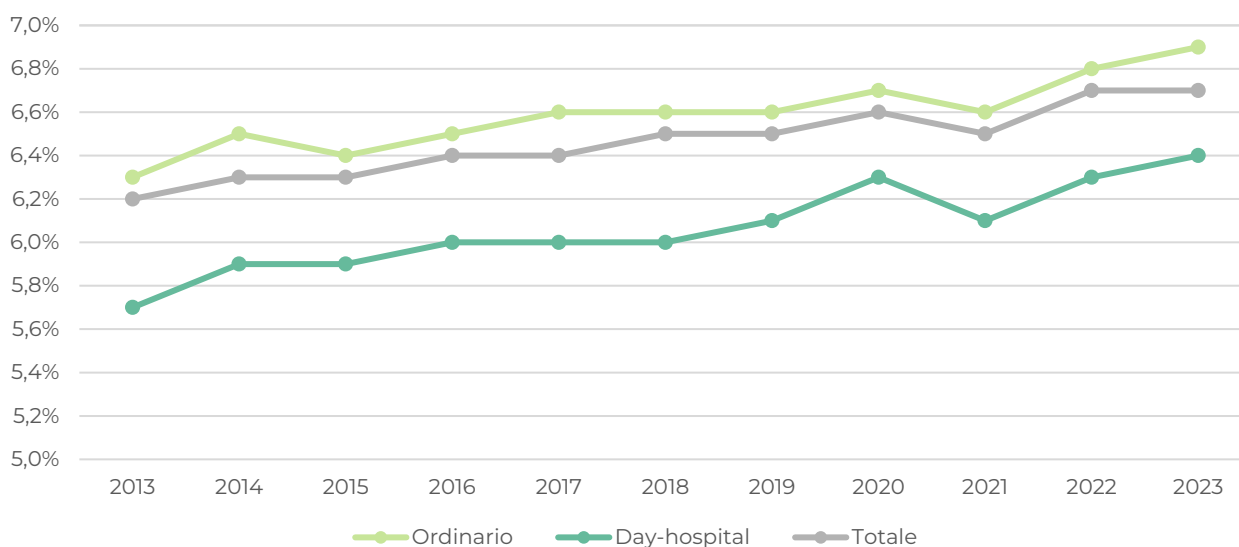
Nonostante i significativi progressi compiuti negli ultimi decenni nell'ambito dell'epidemiologia dei migranti in Italia, l'analisi sistematica dello stato di salute delle persone con *background* migratorio rimane ancora complessa. Le principali banche dati disponibili non consentono infatti una rilevazione disaggregata delle caratteristiche socio-sanitarie della popolazione migrante, sia per l'ovvia carenza di dati relativi ai migranti irregolari, sia per la difficoltà ad isolare le informazioni relative alle diverse categorie giuridiche e, in particolare, alle persone inserite nei percorsi di accoglienza. Ciò richiede il ricorso a indicatori indiretti e riduce la possibilità di ricostruire in modo continuativo l'evoluzione dei bisogni sanitari nei diversi sottogruppi.

2.2. INDICATORI DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE

Le ospedalizzazioni rappresentano un indicatore chiave del rapporto tra migrazione e salute. I dati ISTAT (2024) distinguono tra ricoveri "in regime ordinario", cioè degenze con pernottamento la cui durata dipende dalla gravità della patologia e dal percorso di cura, e ricoveri "in day hospital", una forma di ricovero programmato senza pernottamento che permette di effettuare esami e terapie specialistiche nell'arco della giornata. Nel periodo 2013–2023 il **tasso complessivo di ospedalizzazione dei migranti**, cioè il numero di ricoveri ospedalieri ogni 100.000 residenti, **passa dal 6,2% al 6,7%, con una crescita graduale** e senza brusche discontinuità. I ricoveri ordinari si mantengono costantemente più elevati dei day hospital (dal 6,3% al 6,9%), con un lieve incremento a partire dal 2017 e un assestamento su valori prossimi al 7% negli ultimi anni. Il day hospital mostra valori più bassi ma anch'essi in aumento (dal 5,7% al 6,4%), con una leggera flessione nel 2021 che interrompe la progressione iniziata nel 2013.

Questo andamento risulta in linea con quanto rilevato dalla letteratura sulla salute della popolazione straniera in Italia¹⁰, secondo cui il progressivo radicamento nel Paese ospitante si associa, da un lato, a una maggiore familiarità con i servizi sanitari e, dall'altro, a un graduale deterioramento del capitale di salute iniziale. L'incremento – seppur contenuto – dei ricoveri programmati e delle attività in day hospital può essere letto come segnale di una partecipazione più stabile e strutturata dei cittadini stranieri ai percorsi assistenziali. Tuttavia, sulla base dei soli dati aggregati disponibili, non è possibile distinguere le diverse dinamiche in relazione allo status giuridico, alle condizioni socioeconomiche o alla durata della permanenza nel Paese.

Grafico 2 - Tasso di ospedalizzazione: ricoveri ordinari e day hospital (anni 2013 - 2022)

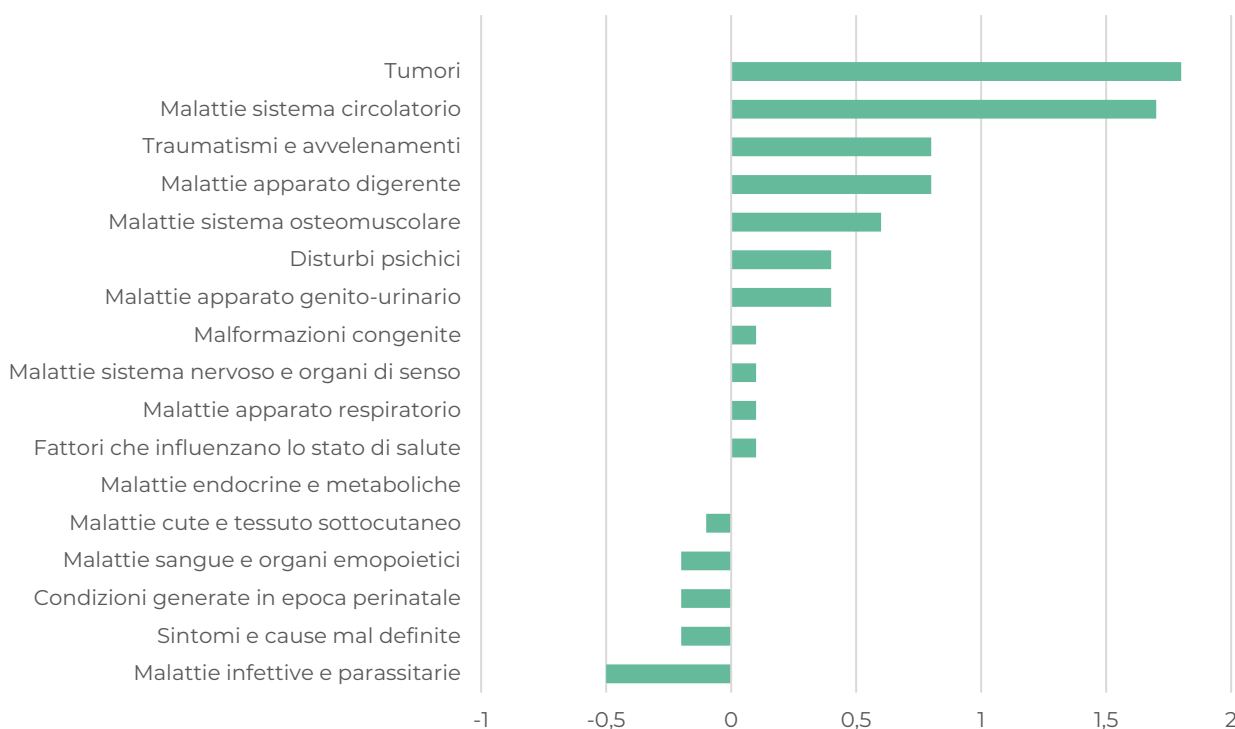


Fonte: Elaborazione IZI su dati ISTAT

¹⁰ N. Pasini, V. Merotta, *La salute*, in Fondazione ISMU (a cura di), *XXV Rapporto sulle migrazioni 2019*, Milano, FrancoAngeli, 2019, pp. 195-214

Guardando alle **diagnosi di dimissione ospedaliera** dei CPT tra il 2016 e il 2023 **emerge uno scostamento del profilo di morbosità verso quadri cronico-degenerativi**. Le variazioni più marcate riguardano infatti tumori (+1,8 punti percentuali) e malattie del sistema circolatorio (+1,7), che diventano gruppi diagnostici sempre più rilevanti fra i ricoveri. In aumento risultano anche traumatismi e avvelenamenti e le malattie dell'apparato digerente (+0,8), le patologie del sistema osteomuscolare (+0,6) e, in misura più contenuta, i disturbi psichici e le malattie dell'apparato genito-urinario (+0,4). Restano sostanzialmente stabili le malattie endocrine e metaboliche, mentre si osservano cali per le malattie infettive e parassitarie, le condizioni perinatali, le malattie del sangue e la categoria dei sintomi e cause mal definite. I quadri diagnostici sembrano quindi **avvicinarsi progressivamente a quelli della popolazione nativa**, con un peso crescente delle patologie croniche e oncologiche e una diminuzione delle condizioni più tipicamente associate alle fasi iniziali del percorso migratorio e alle età più giovani.

Grafico 3 - Diagnosi di dimissione ospedaliera dei CPT (variazioni percentuali 2016-2023)

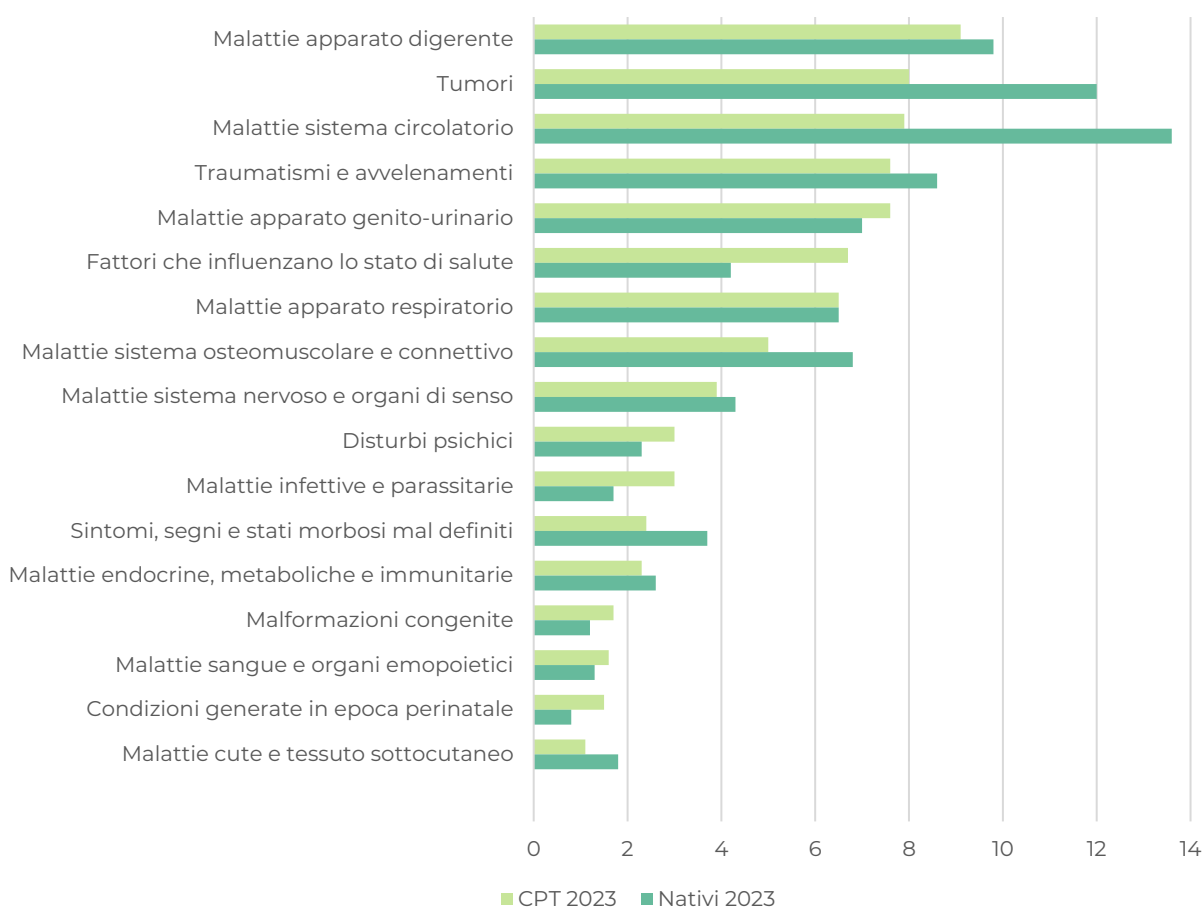


Fonte: Elaborazione IZI su dati ISTAT

Nel confronto con la popolazione nativa, il profilo diagnostico dei CPT nel 2023 conferma questa tendenza evolutiva, mostrando una **distribuzione delle principali cause di ricovero sempre più simile a quella dei residenti italiani**, pur mantenendo alcune specificità. Le malattie dell'apparato digerente rappresentano il 9,1% dei ricoveri (9,8% tra i nativi) e anche le patologie dell'apparato genito-urinario raggiungono valori molto vicini (7,6% contro 7%). Lo stesso vale per le malattie respiratorie, pari al 6,5% per entrambi i gruppi. Questi dati indicano un'ampia area di sovrapposizione nei bisogni sanitari. Allo stesso tempo, però, **persistono differenze che richiamano verosimilmente condizioni di vulnerabilità**: i CPT presentano una maggiore incidenza di disturbi psichici (3% contro 2,3%), malattie infettive e parassitarie (3% contro 1,7%) e condizioni perinatali (1,5% contro 0,8%), ambiti che possono riflettere percorsi sanitari pregressi discontinui, esposizioni a stress prolungati e contesti di vita spesso meno tutelati. È più elevata anche la quota di ricoveri per "fattori che influenzano lo stato di salute" (6,7% contro 4,2%), una categoria che include controlli programmati, visite in gravidanza, accertamenti e *follow-up*, e che potrebbe risentire della maggiore presenza - e sovra rappresentazione - di donne in età fertile, ma anche dell'uso più frequente dell'ospedale come unico presidio di assistenza sanitaria a discapito dei servizi territoriali. Al contrario, i nativi presentano percentuali nettamente più alte per tumori (12% contro 8%) e malattie cardiovascolari (13,6% contro 7,9%), come prevedibile in relazione ad un'età media della popolazione più elevata,

anche se la presenza non trascurabile di queste patologie fra i CPT conferma l'emergere di un fabbisogno assistenziale più complesso rispetto al passato.

Grafico 4 - Diagnosi di dimissione ospedaliera: CPT vs Nativi (% anno 2023)

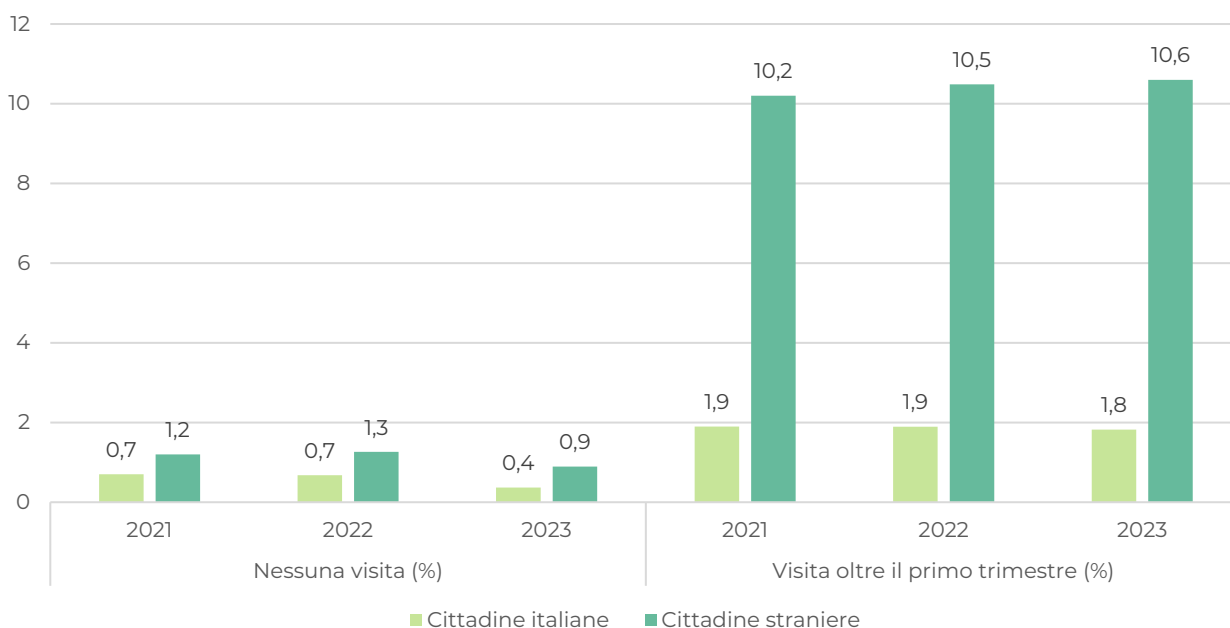


Fonte: Elaborazione IZI su dati ISTAT

Per evitare una sovra rappresentazione delle diagnosi legate alla maternità, la **categoria "complicazioni della gravidanza, parto e puerperio"** è stata isolata ed esclusa dal confronto generale. Tuttavia, la lettura di questi indicatori rimane cruciale. L'accesso tardivo – o assente – ai controlli prenatali non incide soltanto sulla gestione della gravidanza, ma può ritardare l'individuazione di patologie concomitanti che spesso emergono proprio grazie agli screening ostetrico-ginecologici, come fibromi, infezioni o disturbi endocrini. I dati relativi all'assistenza prenatale mettono in luce un divario persistente tra cittadine italiane e straniere nell'accesso tempestivo ai controlli in gravidanza. Sebbene la quota di donne che non effettua alcuna visita resti nel complesso molto contenuta, le differenze permangono: tra il 2021 e il 2023 la percentuale di gravidanze senza alcun monitoraggio passa dallo 0,7% allo 0,4% tra le italiane e dall'1,2% allo 0,9% tra le straniere. Allo stesso tempo, il **ricorso alla prima visita oltre il primo trimestre mostra una disuguaglianza ancora più marcata**: mentre le italiane si attestano intorno al 2%, indicando quindi un maggiore ricorso alla prima visita *entro* il primo trimestre, tra le straniere il valore è decisamente maggiore, oscillando fra il 10,2% e il 10,6%.

Le testimonianze raccolte da operatori e organizzazioni che assistono quotidianamente le donne straniere confermano che le barriere linguistiche, amministrative e la scarsa conoscenza dei percorsi territoriali possono tradursi in un ricorso tardivo ai servizi, con l'effetto di concentrare l'assistenza quasi esclusivamente in ospedale. In questo senso, le differenze osservate nell'assistenza prenatale assumono un significato che va oltre la sola dimensione materno-infantile ma piuttosto rimandano alle asimmetrie nell'accesso ai servizi di prevenzione e diagnosi precoce.

Grafico 5 - Accesso alle visite prenatali per cittadine italiane e straniere (2021-2023)

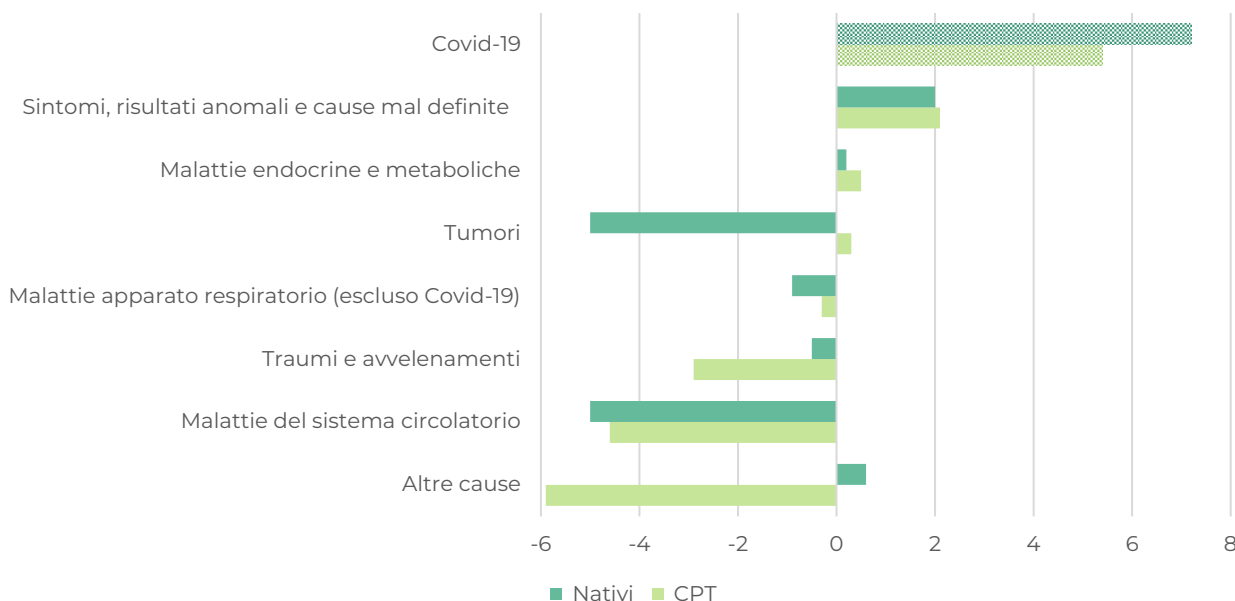


Fonte: Elaborazione IZI su dati CEDAP – Ministero della Salute

L'analisi dei percorsi assistenziali consente quindi di affiancare alla lettura delle ospedalizzazioni anche quella degli esiti più severi, come l'**evoluzione delle cause di morte nel tempo**. Le variazioni nelle cause di morte tra il 2016 e il 2022 riflettono anche l'inserimento, a partire dal 2020, della categoria relativa al Covid-19¹¹, che incide sulla composizione percentuale del totale dei decessi¹. Limitando l'attenzione alle cause non direttamente influenzate da questa nuova codifica, tra i cittadini stranieri le variazioni risultano complessivamente contenute: diminuisce il peso delle malattie del sistema circolatorio e dei traumatismi e avvelenamenti, mentre tumori, malattie endocrine e metaboliche e malattie dell'apparato respiratorio restano su livelli pressoché stabili; si registra invece un incremento della categoria "sintomi, risultati anomali e cause mal definite", che raccoglie decessi privi di una causa specifica e risente delle modalità di certificazione. Tra i cittadini italiani la redistribuzione percentuale delle cause è più ampia: l'introduzione del Covid-19, che da solo guadagna oltre sette punti percentuali (a fronte di 5,4 fra i CPT), riduce il peso relativo dei principali gruppi cronici – tumori e malattie cardiovascolari – mentre le restanti cause mostrano spostamenti di entità più contenuta.

¹¹ L'aggiunta del Covid-19 come causa autonoma a partire dal 2020 modifica la distribuzione percentuale delle altre cause di morte per un effetto del denominatore: l'incremento di una nuova categoria riduce meccanicamente il peso relativo delle cause preesistenti, indipendentemente dal loro andamento reale. Per coerenza con le statistiche ufficiali ISTAT, la causa Covid-19 viene mantenuta nel totale dei decessi; una sua sottrazione (normalizzazione ex post) produrrebbe variazioni spurie nelle altre categorie non più confrontabili nel tempo.

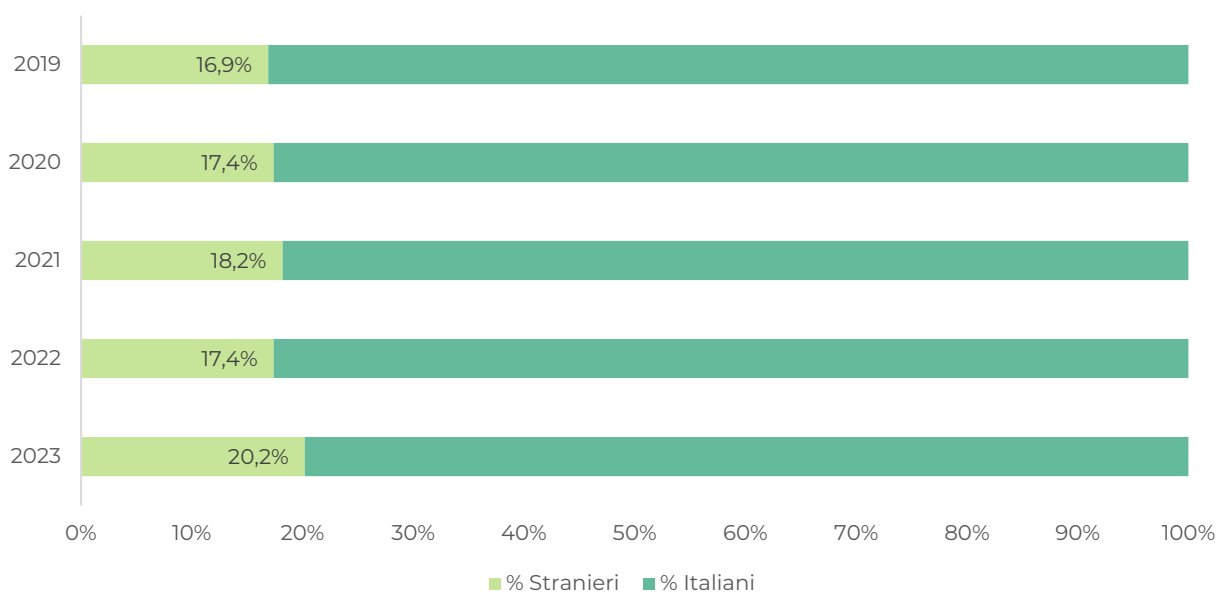
Grafico 6 - Variazione percentuale delle principali cause di morte: CPT vs Nativi (anni 2016-2022)



Fonte: Elaborazione IZI su dati ISTAT

A completamento della lettura degli esiti sanitari, è utile considerare anche i rischi connessi alle condizioni lavorative, che costituiscono una componente rilevante dell'esperienza migratoria in Italia. La dinamica degli infortuni sul lavoro nel quinquennio 2019–2023 conferma la **forte esposizione dei lavoratori stranieri ai rischi occupazionali**, in un contesto in cui la loro presenza nei settori più usuranti e meno qualificati continua a rappresentare uno dei principali fattori di vulnerabilità. Nel 2023 le denunce di infortuni sul lavoro complessive diminuiscono rispetto all'anno precedente, passando da 703.583 a 590.215. Tuttavia, le segnalazioni che riguardano i lavoratori nati all'estero sfiorano le 119mila unità, pari al 20,2% del totale, la quota più alta dell'intero periodo considerato. Un valore che, se rapportato alla loro partecipazione al mercato del lavoro (circa il 10%), mette in luce una distribuzione concentrata in mansioni manuali e in settori come costruzioni, trasporti e agricoltura, contesti tradizionalmente associati a livelli più elevati di rischio infortunistico.

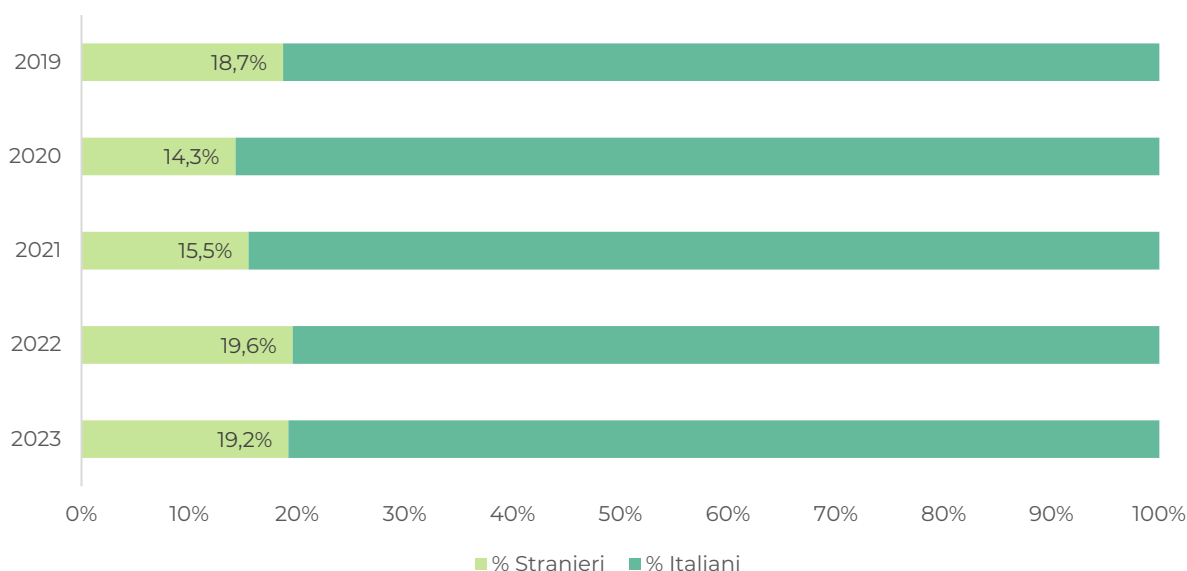
Grafico 7 - Denunce di infortuni sul lavoro per anno di accadimento



Fonte: Elaborazione IZI su dati INAIL

Anche la **mortalità sul lavoro segue un andamento coerente**: nel 2023 i decessi complessivi scendono a 1.147, ma quelli che coinvolgono lavoratori stranieri rimangono piuttosto elevati (220 casi), corrispondenti al 19,2% del totale, con un'incidenza che oscilla nel quinquennio di riferimento fra il 14% e quasi il 20%. Il picco negativo del 2020 e del 2022 è spiegato dalla componente pandemica, che ha inciso trasversalmente sul fenomeno, ma non altera la tendenza di fondo, che vede i lavoratori immigrati più esposti ai casi gravi e mortali rispetto ai lavoratori italiani. La forte predominanza maschile tra gli infortunati e, ancor più, tra i deceduti - oltre il 90% dei casi mortali riguarda gli uomini - riflette sia la naturale distribuzione di genere dei comparti produttivi interessati, sia il tipo di mansioni svolte.

Grafico 8 - Infortuni mortali sul lavoro per anno di accadimento



Fonte: Elaborazione IZI su dati INAIL

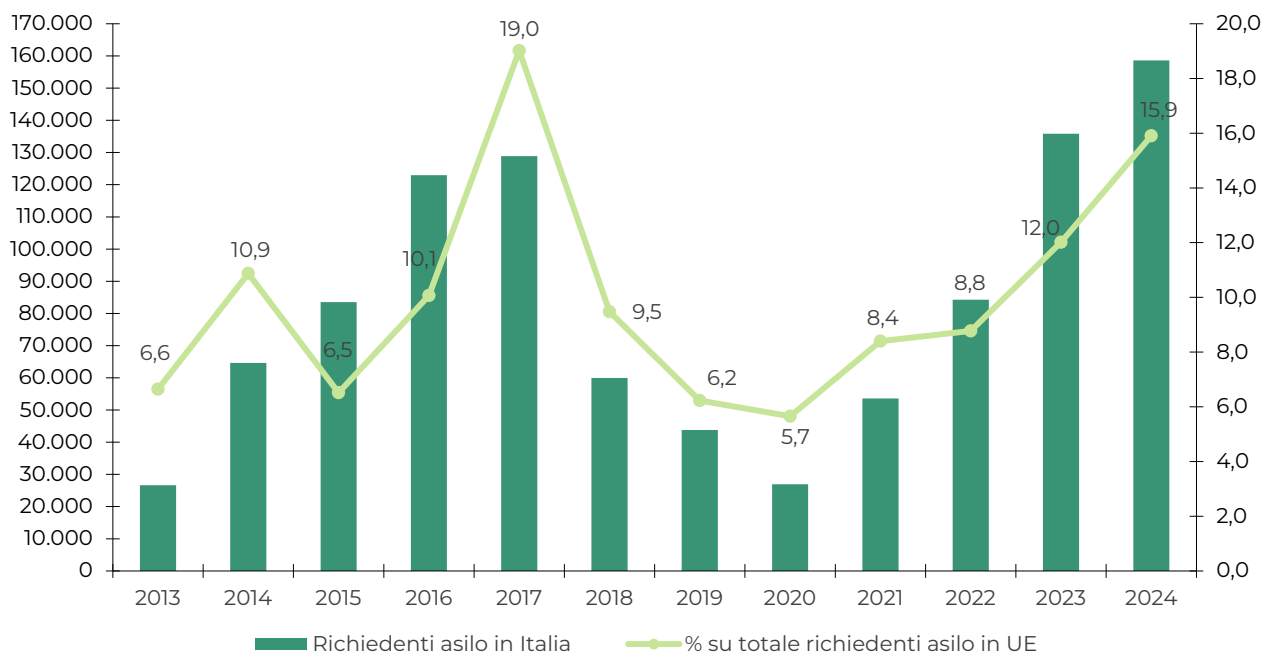
Il numero più elevato di infortuni e la quota ancora rilevante di casi mortali che coinvolgono lavoratori stranieri, se confrontati con il loro peso nell'occupazione complessiva, segnalano uno squilibrio di rischio che si mantiene nel tempo e che richiede interventi più mirati sul versante della sicurezza sul lavoro, in particolare per quanto riguarda prevenzione e attività di vigilanza. Letti insieme alle evidenze emerse nell'analisi sanitaria, questi dati mostrano come, pur avanzando nei percorsi di inserimento socio-lavorativo, una parte dei lavoratori stranieri continui a operare in contesti che possono contribuire a mantenere fragilità già osservate in altri ambiti della salute.

2.3. PROFILI DI VULNERABILITÀ TRA I MIGRANTI ACCOLTI

In Italia il **diritto di chiedere asilo** è garantito ai sensi della Convenzione di Ginevra (e relativo Protocollo di New York) e della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, nonché dell'art.10 comma 3 della Costituzione¹². Dal 2021 le domande di protezione internazionale in Italia sono in costante aumento, così come la quota italiana sul totale dei richiedenti asilo nell'UE. Nel 2024 si è registrato il valore più elevato dal 2013, pari a 158.605 richieste, corrispondenti a circa il 16% del totale UE e terzo dato più alto in Europa dopo Germania e Spagna.

¹² L'istituto della protezione internazionale, in base al quale al richiedente asilo può essere riconosciuto, in considerazione della condizione personale, lo status di rifugiato o la protezione sussidiaria, figura tra le materie di competenza dell'Unione Europea, la quale persegue in questo ambito una politica comune mediante il "Sistema Europeo Comune di Asilo" (CEAS). I principali atti costitutivi del CEAS, a livello europeo, sono: Direttiva 2011/95/UE (c.d. Direttiva Qualifiche), Direttiva 2013/32/UE (c.d. Direttiva Procedure), Direttiva 2013/33/UE (c.d. Direttiva Accoglienza), Regolamento (UE) n. 604/2013 (Dublino III).

Grafico 9 - Richieste di asilo in Italia: confronto con UE (anni 2013-2024)



Fonte: Elaborazioni ISMU ETS su dati EUROSTAT

In particolare, la Direttiva 2013/33/UE, recepita nell'ordinamento nazionale con il D.lgs. 142/2015 (c.d. "Decreto Accoglienza"), disciplina le condizioni materiali di accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, definendo standard minimi volti ad assicurare condizioni di vita dignitose e l'accesso ai servizi essenziali. Il D.lgs. 142/2015 individua inoltre un **insieme di soggetti con esigenze specifiche per i quali sono previste misure di accoglienza adeguate e rafforzate**. Nello specifico, l'articolo 17 riconosce come "vulnerabili", tra gli altri, i minori e i minori stranieri non accompagnati, le persone con disabilità, le donne, con priorità quelle in gravidanza, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, nonché le vittime di tratta di esseri umani, di tortura, di stupro o di altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Il riconoscimento normativo della vulnerabilità costituisce il presupposto per l'attivazione di percorsi di accoglienza e di presa in carico coerenti con i bisogni individuali, in particolare sotto il profilo sanitario e psicosociale. Il sistema di accoglienza che ne deriva si articola così in due livelli:

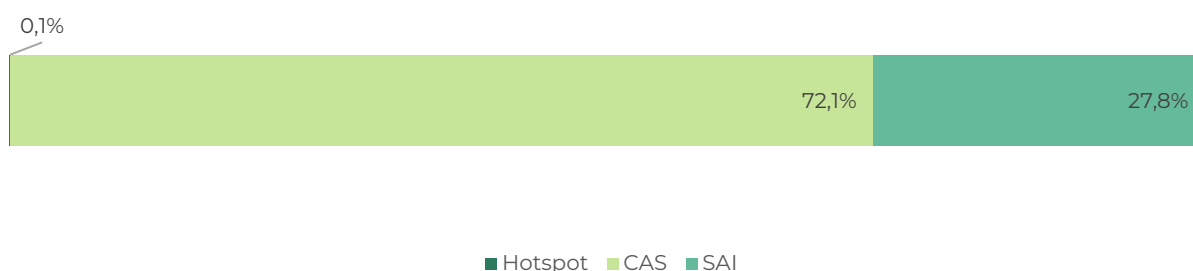
- la **prima accoglienza**, finalizzata a garantire una risposta immediata ai bisogni primari dei richiedenti asilo appena giunti sul territorio nazionale;
- la **seconda accoglienza**, attuata principalmente attraverso il Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), rivolta invece ai richiedenti asilo vulnerabili e ai titolari di protezione di varia natura¹³ ed orientata a percorsi di medio-lungo periodo che includono servizi di supporto sociale, sanitario e di integrazione.

Il Cruscotto statistico giornaliero del Ministero dell'Interno rappresenta lo strumento di riferimento per il monitoraggio delle presenze nel sistema nazionale di accoglienza. La rilevazione, aggiornata con continuità, consente di osservare la distribuzione delle persone accolte nelle diverse tipologie di strutture, distinguendo tra Hotspot, Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e Sistema di Accoglienza e Integrazione. Alla data del 30 novembre 2025, **risultano accolte nel sistema nazionale di accoglienza 143.275 persone**. La quota largamente prevalente è ospitata nei CAS, che accolgono il 72,1% del totale; il 27,8% è inserito nel SAI, mentre una quota residuale delle presenze complessive si concentra negli Hotspot.

¹³ Si evidenzia, a tal proposito, che ai sensi dell'art. 1-sexies del D.L. 416/1989, oltre ai titolari di protezione internazionale, hanno diritto all'accoglienza nel sistema SAI – qualora non inseriti in altri dispositivi di protezione specificamente dedicati – anche ulteriori categorie di persone tutelate, tra cui, a titolo esemplificativo, i beneficiari di protezione speciale o temporanea, i minori stranieri non accompagnati e i minori in prosieguo amministrativo, i casi speciali e le persone accolte per motivi familiari o di cure mediche.

Questa distribuzione mostra come **l'accoglienza straordinaria, originariamente pensata come risposta temporanea a situazioni emergenziali, costituisca di fatto la modalità prevalente di gestione della permanenza dei migranti sul territorio nazionale**. Già nel 2023, infatti, oltre il 68% dei posti complessivi del sistema risultava collocato nei CAS, con un progressivo rafforzamento di strutture collettive di grandi dimensioni e una parallela riduzione dell'accoglienza diffusa. Tale configurazione ha inciso anche sulla qualità degli interventi, in particolare a seguito delle modifiche introdotte dalle recenti riforme¹⁴, che hanno determinato una contrazione della presenza di figure professionali specialistiche quali psicologi, assistenti sociali e operatori legali. In questo contesto, l'intervento tende a concentrarsi prevalentemente sulla copertura dei bisogni materiali di base, riducendo le possibilità di svolgere attività sistematiche di osservazione, ascolto e valutazione approfondita delle condizioni individuali, incluse quelle relative alla salute mentale e al benessere psicosociale (cfr. §5.1).

Grafico 10 - Presenze dei migranti in accoglienza al 30 novembre 2025



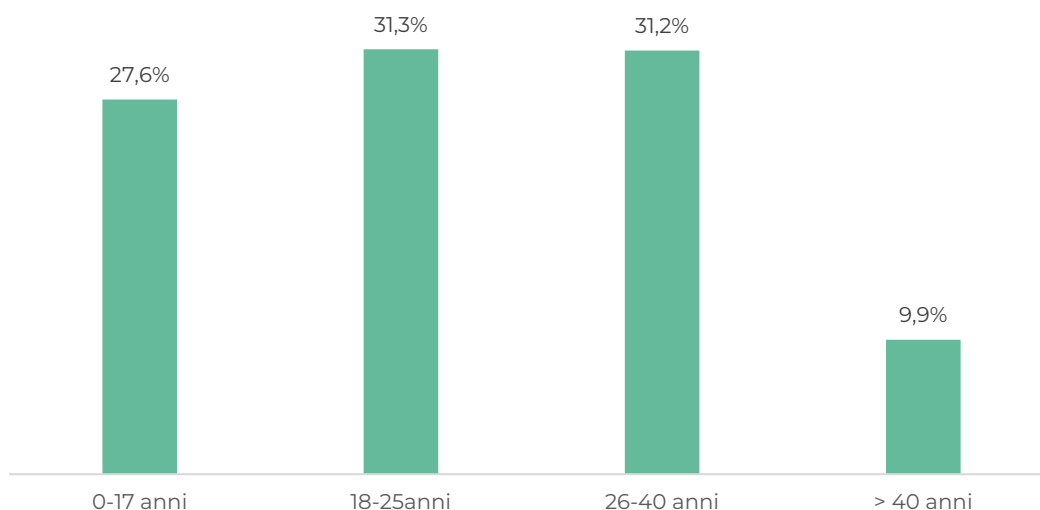
Fonte: Elaborazione IZI su dati MINT – Cruscotto Statistico Giornaliero

A fronte di un quadro normativo che prevede l'individuazione e la tutela delle persone con esigenze specifiche, emerge però una **criticità conoscitiva relativa alla mancanza di una raccolta sistematica e omogenea di informazioni relative alle condizioni di vulnerabilità e ai bisogni sanitari dell'intera popolazione accolta**. I flussi informativi disponibili, infatti, permettono di monitorare le presenze e la loro distribuzione territoriale, ma non consentono una lettura complessiva e comparabile dei profili di fragilità. In assenza di un sistema informativo integrato, l'analisi delle vulnerabilità si fonda pertanto su una fonte indiretta, rappresentata dal **Rapporto annuale del Sistema di Accoglienza e Integrazione**, che costituisce l'unica rilevazione istituzionale in grado di restituire con periodicità informazioni sulle caratteristiche individuali e su alcune dimensioni di vulnerabilità dei beneficiari. Dal momento che la normativa vigente consente l'inserimento nel SAI anche dei richiedenti asilo, qualora vengano individuati come vulnerabili, ne consegue che una parte della popolazione accolta nel SAI è composta da persone per le quali la condizione di fragilità ha rappresentato il presupposto stesso per l'accesso a un circuito di accoglienza più strutturato; **elemento che contribuisce, in una certa misura, a rafforzare il valore informativo dei dati SAI ai fini dell'analisi delle vulnerabilità**. Tuttavia, non va dimenticato che tale rilevazione riguarda un segmento che accoglie solamente una quota minoritaria delle persone in accoglienza, mentre restano limitate le conoscenze sulle condizioni di salute e di fragilità delle persone ospitate nei CAS, pur essendo questi ultimi il principale luogo di permanenza dei richiedenti protezione internazionale.

Nel 2024, i beneficiari accolti nella rete SAI sono stati in totale 54.999. I dati delineano una **popolazione prevalentemente giovane**: oltre il 90% delle persone accolte ha meno di 41 anni e il 27,6% è costituito da minori, pari a 15.199 individui.

¹⁴ D.L. n. 20/2023, convertito in L. n. 50/2023

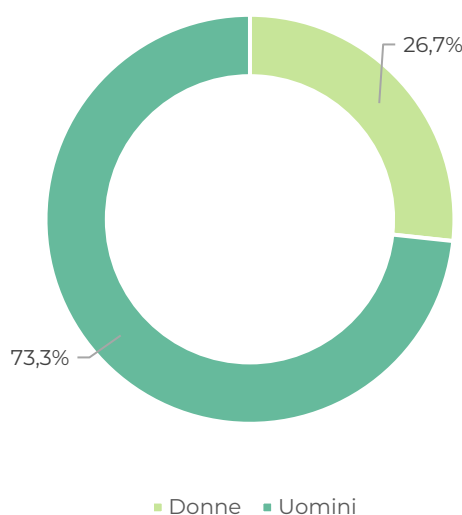
Grafico 11 - Distribuzione per età dei beneficiari SAI (anno 2024)



Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

Sotto il profilo di genere, la **composizione dei beneficiari continua a essere caratterizzata da una netta prevalenza maschile**, affiancata da una presenza femminile in crescita negli ultimi anni (+1,2% rispetto al 2023). L'aumento della componente femminile rende più evidenti bisogni sanitari e psicosociali specifici, legati alla salute riproduttiva, alla maternità in solitudine e alle conseguenze delle violenze subite, spesso, prima durante e dopo il viaggio migratorio, che richiedono risposte integrate tra i servizi del SAI e i Servizi Sanitari (cfr. §5.1).

Grafico 12 - Distribuzione di genere dei beneficiari SAI (anno 2024)

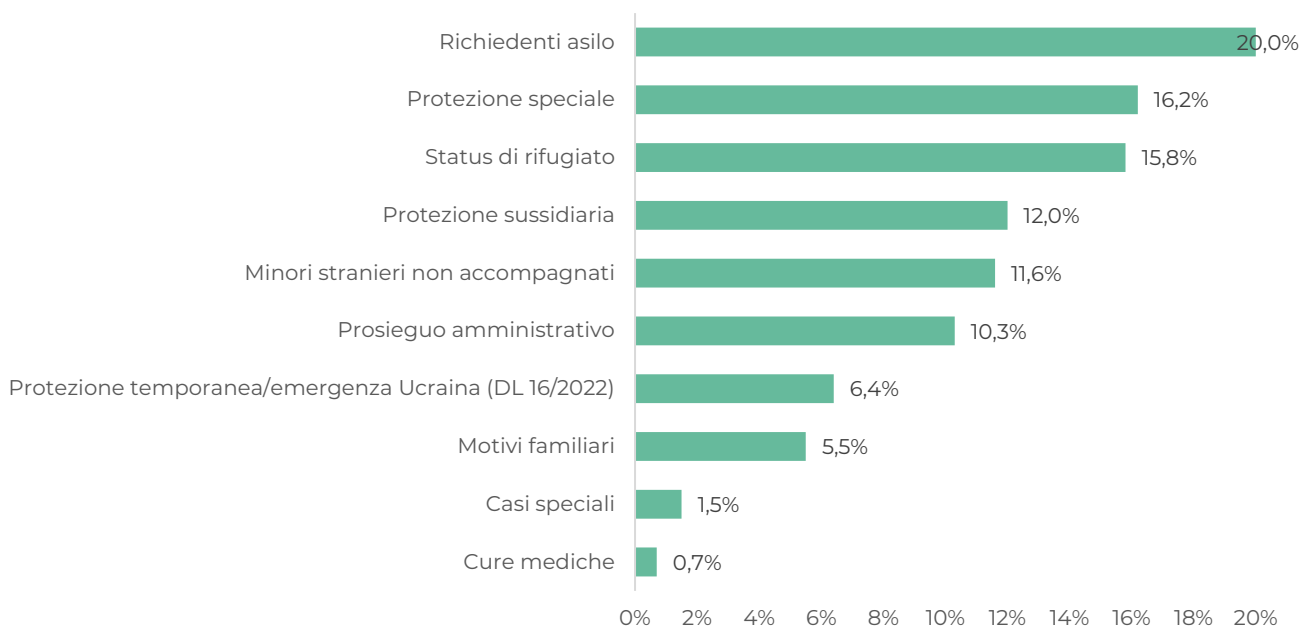


Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

Con riferimento allo **status giuridico delle persone accolte**, nel 2024 il 20,0% dei beneficiari del sistema SAI è costituito da richiedenti asilo, presumibilmente portatori di una qualche forma di vulnerabilità. Seguono i titolari di protezione speciale, che rappresentano una quota significativa pari al 16,2%, in larga parte riconducibile al contesto dell'Emergenza Ucraina, e, successivamente, i titolari dello status di rifugiato (15,8%) e di protezione sussidiaria (12,0%).

Nel quadro delineato dalla presente trattazione, lo status giuridico si configura come una **variabile utile nella comprensione delle condizioni di accesso ai servizi**, poiché determina regimi differenti di iscrizione al sistema sanitario, con ricadute dirette sulla tutela della salute e sulla possibilità di intercettare situazioni di vulnerabilità. Nel caso dei richiedenti asilo, infatti, l'accesso alle prestazioni sanitarie è garantito attraverso l'iscrizione temporanea al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o, nelle fasi iniziali o in situazioni di irregolarità amministrativa, l'attribuzione del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che consente solamente l'erogazione delle cure essenziali e urgenti. Tuttavia, tali modalità possono generare discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, soprattutto in presenza di frequente mobilità territoriale. Per i titolari di protezione, invece, l'accesso al sistema sanitario risulta generalmente più agevole, grazie alla possibilità di iscrizione ordinaria al SSN, con effetti positivi in termini di continuità delle cure e di presa in carico¹⁵. Resta comunque evidente una significativa disomogeneità applicativa sul territorio nazionale, che contribuisce a rendere il quadro complessivamente più complesso (cfr. §4.1).

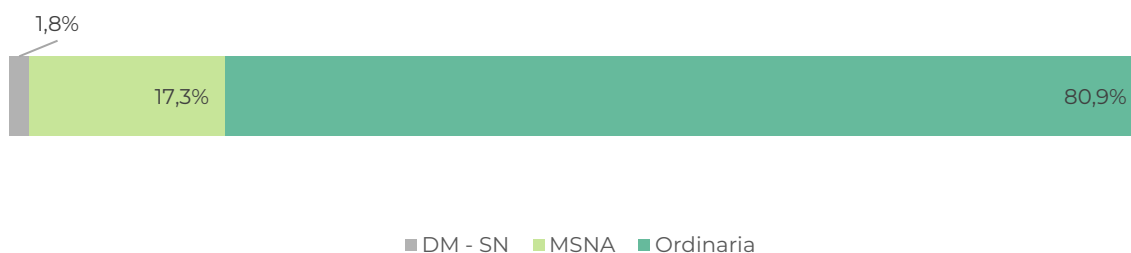
Grafico 13 - Beneficiari per tipologia di permesso di soggiorno (anno 2024)



Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

La **distribuzione delle strutture per tipologia di accoglienza**, come rappresentato nel grafico, mostra la centralità dei centri ordinari, che rappresentano l'80,9% del totale, mentre le strutture dedicate all'accoglienza dei MSNA coprono il 17,3%; risulta invece estremamente contenuta la quota di strutture specializzate per disabilità, disturbi mentali e bisogni sanitari complessi (DM-DS), pari all'1,8%.

Grafico 14 - Distribuzione delle strutture per tipologia di accoglienza (anno 2024)



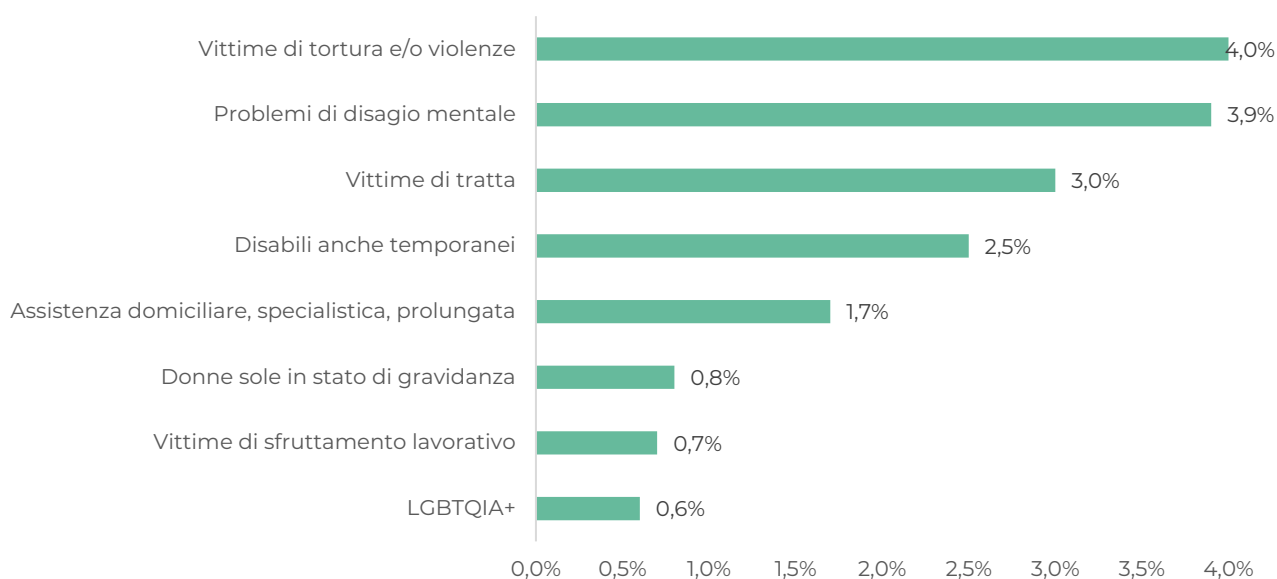
Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

¹⁵ Cfr. art. 34-35, D.Lgs. 286/1998 e Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012 in materia di assistenza sanitaria agli stranieri.

Tra i profili che concentrano in modo particolarmente marcato condizioni di vulnerabilità si collocano i MSNA, per i quali l'età, l'assenza di riferimenti familiari e le esperienze vissute prima e durante il percorso migratorio si intrecciano producendo forme di "fragilità multipla" (cfr. §5.1). Nel 2024, rappresentano l'11,6% dei beneficiari accolti nel SAI, pari a 6.396 minori. Dal punto di vista psicosociale, i bisogni risultano spesso complessi e riconducibili a esperienze di separazione familiare, violenze e sfruttamento. Le ragazze appaiono maggiormente esposte al rischio di tratta e di violenze sessuali, mentre i ragazzi mostrano una più elevata esposizione a forme di sfruttamento lavorativo precoce. La fase di transizione alla maggiore età costituisce un passaggio particolarmente critico, poiché il mutamento dello status giuridico può determinare una riduzione delle tutele e dei servizi disponibili, con il rischio di interrompere percorsi di presa in carico e di esporre i giovani a nuove condizioni di precarietà abitativa, lavorativa e relazionale. In questo quadro, il prosieguo amministrativo svolge un ruolo rilevante nel contenere tali rischi, pur presentando limiti di copertura e significative disomogeneità territoriali.

Per quanto riguarda le **ulteriori condizioni di vulnerabilità psicosociali dei beneficiari**, nel SAI queste emergono attraverso la rilevazione delle cosiddette "esigenze specifiche di presa in carico", che consentono di osservare alcune condizioni di fragilità riconosciute e formalizzate all'interno dei percorsi di accoglienza. Come mostrato nel Grafico 15, le condizioni di vulnerabilità riconosciute all'interno della rete SAI nel 2024 presentano una distribuzione che riflette la pluralità dei bisogni presi in carico. **Le esperienze di tortura e di violenze rappresentano la condizione più frequentemente rilevata, interessando il 4,0% dei beneficiari accolti, seguite dai problemi di disagio mentale (3,9%) e dalle vittime di tratta (3,0%).**

Grafico 15 - Beneficiari con esigenze specifiche di presa in carico (anno 2024)



Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

Le evidenze indicano come le **esperienze di tortura e violenza siano spesso associate a quadri clinici complessi**¹⁶, che includono disturbi post-traumatici, sintomi depressivi, manifestazioni somatiche e difficoltà relazionali, richiedendo interventi specialistici e una presa in carico continuativa. La rilevazione di tali condizioni risulta tuttavia condizionata dalla possibilità di attivare percorsi di ascolto e valutazione adeguati: nelle fasi iniziali dell'accoglienza e nei contesti a bassa dotazione di servizi specialistici, le esperienze traumatiche tendono a emergere con maggiore difficoltà, anche per effetto di barriere linguistiche, culturali e relazionali.

¹⁶ Medici Senza Frontiere, *Disumani. L'esperienza della tortura nella rotta migratoria mediterranea, l'assistenza delle persone sopravvissute in un sistema precario*, 2025

Analogamente, la **quota di beneficiari identificati come vittime di tratta e sfruttamento** va letta alla luce dei complessi meccanismi di emersione del fenomeno. I dati provenienti dal sistema nazionale antitratta¹⁷ e dai rapporti di monitoraggio mostrano una trasformazione delle forme di sfruttamento, con una crescente incidenza dello sfruttamento lavorativo accanto a quello sessuale e un progressivo aumento della componente maschile tra le persone prese in carico. Dal punto di vista delle conseguenze sulla salute, le esperienze di tratta e sfruttamento si associano frequentemente a condizioni di stress prolungato, isolamento sociale e ricattabilità, che possono tradursi in disturbi d'ansia, sintomi depressivi e manifestazioni post-traumatiche. La possibilità di intercettare queste situazioni risulta fortemente influenzata dal quadro giuridico e dai percorsi amministrativi intrapresi: in numerosi casi, le persone vittime di sfruttamento optano per percorsi di protezione internazionale percepiti come più stabili, rinunciando all'accesso a programmi specificamente dedicati alle vittime di tratta.

All'interno dell'analisi delle vulnerabilità psicosociali dei beneficiari accolti, la **dimensione di genere rappresenta un fattore rilevante**, in quanto alcune forme di violenza e di esposizione al rischio colpiscono in modo elevato donne e ragazze lungo l'intero percorso migratorio. All'interno del SAI, le esigenze specifiche mostrano una distribuzione differenziata per genere, in particolare per quanto riguarda le vittime di tratta, di tortura e di violenza.

Tabella 1 - Beneficiari con esigenze specifiche di presa in carico: distribuzione di genere (anno 2024)

| Principali esigenze specifiche | Donne | Uomini | Totale |
|--|-------|--------|--------|
| Vittime di tratta | 7,9% | 1,3% | 3,0% |
| Vittime di tortura e/o violenze | 6,6% | 3,1% | 4,0% |
| Problemi di disagio mentale | 4,1% | 3,8 | 3,9% |
| Donne sole in stato di gravidanza | 3,1% | - | 0,8% |
| Disabili anche temporanei | 2,6% | 2,4% | 2,5% |
| Necessità di assistenza domiciliare, specialistica, prolungata | 1,9% | 1,6% | 1,7% |
| LGBTQIA+ | 0,6% | 0,6% | 0,6% |

Fonte: Elaborazione IZI su dati Rapporto SAI – Edizione XXIII

Sebbene utile a ricostruire un quadro di riferimento sulle condizioni di vulnerabilità maggiormente incontrate nella popolazione destinataria, **questo insieme di dati e analisi restituisce tuttavia una rappresentazione incompleta del fenomeno, limitata alle persone intercettate dai circuiti formali di accoglienza**. Una parte consistente delle situazioni di fragilità che interessano la popolazione RTPI si sviluppa infatti al di fuori dei sistemi istituzionali e rimane esclusa dai percorsi strutturati di presa in carico. **Numerosi richiedenti e titolari di protezione internazionale vivono in insediamenti informali**, prevalentemente connessi al lavoro nel settore agricolo – ma non solo, caratterizzati da condizioni abitative degradate, assenza di servizi essenziali e isolamento dai servizi territoriali¹⁸. Le stime elaborate nell'ambito del Programma SU.PR.EME. Italia¹⁹ (finanziato nell'ambito dei fondi AMIF – Emergency Funds della Commissione Europea – DG Migration and Home Affairs) indicano che, nelle cinque regioni del Mezzogiorno maggiormente interessate dal fenomeno, tra 18.000 e 21.000 persone risiedono in insediamenti abusivi o in condizioni di estrema precarietà abitativa, distribuite in aree agricole ad alta intensità di manodopera stagionale. La permanenza in tali contesti è strettamente legata alle dinamiche del lavoro irregolare e dello sfruttamento e comporta un'elevata esposizione a fattori di rischio per la salute, quali stress cronico, isolamento sociale e accesso discontinuo alle cure assistenziali (cfr. §5.1).

¹⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità, *Le attività del Numero Verde Nazionale Antitratta. Report 2023*, 2023

¹⁸ Cfr. M.P. Romero, R.I. Bratosin, *A Preliminary Study of Italy and Spain's Informal Settlements: Beyond the Numbers*, IE Center for Sustainable Cities, 2024; F. Lo Piccolo, V. Todaro, S. Siringo (Università di Palermo), *Informal migrant settlements between irregular condition and right to the city. New challenges for planning in cross-border euro-mediterranean contexts*, AESOP Annual Congress 2022, Space for species: redefining spatial justice - book of proceedings, Vol. 34 No. 2, 2022

¹⁹ <https://integrazioneimmigranti.gov.it/it-it/Dettaglio-approfondimento/id/8/SUPREME-e-PIUSUPREME>

L'assenza di informazioni sistematiche e continuative su queste popolazioni contribuisce a renderle in larga misura invisibili alle statistiche ufficiali, limitando la capacità di programmazione e di integrazione degli interventi sanitari, sociali e di prevenzione del fenomeno dello sfruttamento.

PARTE II

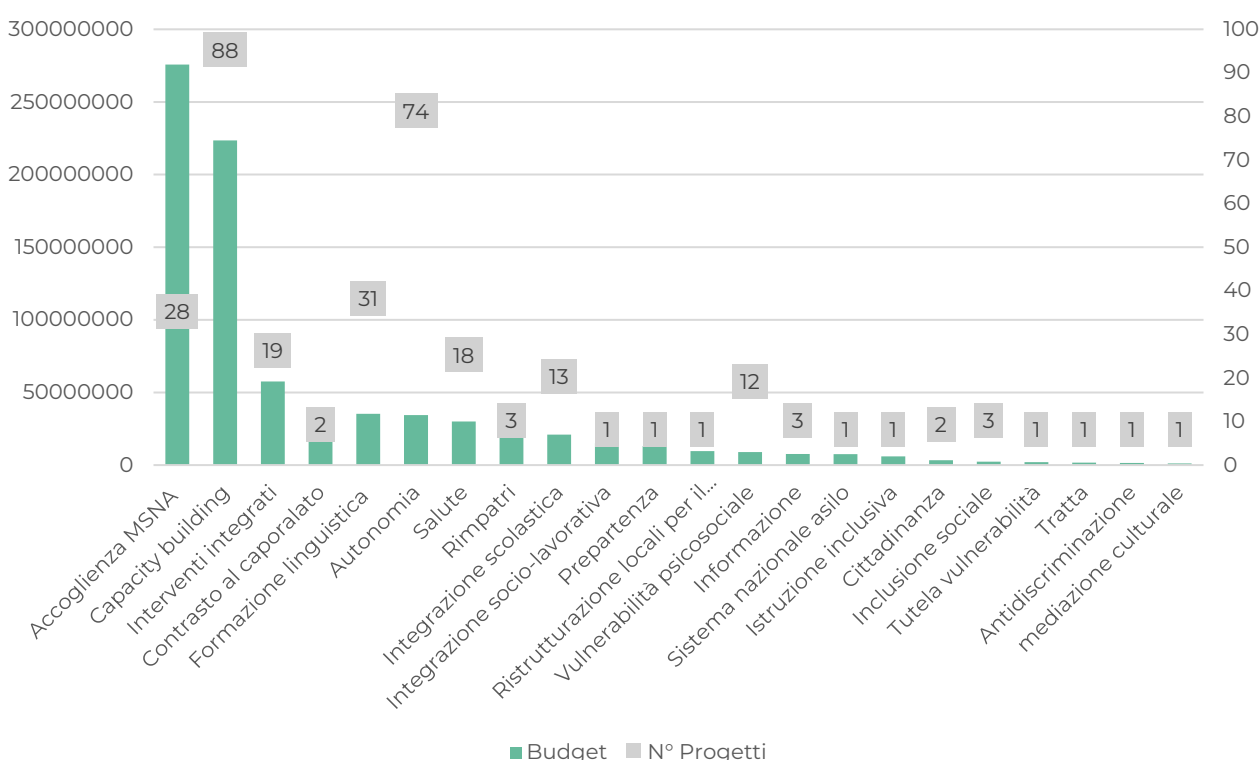
Focus della ricerca

3. GLI INTERVENTI FAMI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DI RTPI

3.1. IL PN FAMI DI FRONTE A NUOVI FABBISOGNI

In coerenza con l'acquis dell'Unione europea e con il nuovo Patto sulla Migrazione e l'Asilo, il **PN FAMI 2021-2027 risponde alla crescente complessità dei fabbisogni migratori** attraverso alcune azioni sistemiche rivolte a una gestione efficace dei flussi migratori e all'attuazione, al rafforzamento e allo sviluppo della politica comune in materia di asilo e di immigrazione (CEAS). Istituito per la prima volta nel periodo di programmazione 2014-2020 e riconfermato anche nel 2021-2027, il Programma nasce in profonda continuità con il precedente, ma mostra un cambio di rotta rispetto ad alcuni temi trasversali, ponendo maggiore attenzione, in particolare, alla tutela dei target maggiormente vulnerabili (tra cui MSNA, donne, vittime di tratta e sfruttamento e persone in condizioni di fragilità psico-fisica) e alla creazione di un'efficiente governance multilivello, che veda sia il rafforzamento della capacità amministrativa che un'integrazione sempre più forte dei servizi pubblici – verticale, tra enti locali e centrali, e orizzontale, tra pubblico e privato / terzo settore, etc. -. Al 30 settembre 2025, la distribuzione delle risorse del Programma privilegia i settori dell'accoglienza e l'inclusione dei MSNA, del *capacity building* istituzionale, e degli interventi integrati per l'integrazione dei CPT che, come si osserva dal Grafico 16, assorbono da soli la gran parte del budget impegnato e del numero di progetti finanziati finora. In questo quadro, la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione e in particolare di quelli vulnerabili assume comunque un ruolo rilevante, con più di 30 milioni di euro e 18 progetti dedicati. Ciò indica l'attenzione del Programma a garantire percorsi di tutela sanitaria per i migranti, integrando la salute come dimensione essenziale dei processi di accoglienza e inclusione, sebbene con un peso proporzionalmente minore rispetto ad altri ambiti di intervento.

Grafico 16 - Distribuzione di risorse e progetti del PN FAMI 2021-2027 per ambito tematico



Fonte: DB Progetti PN FAMI 2021-2027 al 30.09.2025

3.2. CARATTERIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

A riprova dell'attenzione sempre più rilevante riservata alla tutela della salute dei migranti vulnerabili, il PN FAMI 21-27 prevede, nell'ambito dell'OS1. MA1.b, un intervento specificatamente dedicato, denominato **"Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio"**, finanziato con una dotazione iniziale di 40.000.000 euro. L'intervento mira in particolare a rafforzare il raccordo tra i centri di accoglienza e il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, così da assicurare percorsi di cura più integrati ed efficaci. Al tempo stesso, punta ad accrescere le competenze degli attori coinvolti nella tutela della salute e a rendere la popolazione destinataria più consapevole delle modalità di accesso ai servizi e dei propri diritti in ambito sanitario. Un ulteriore obiettivo riguarda l'estensione, su tutto il territorio nazionale, del protocollo per la determinazione olistica dell'età dei MSNA, così da garantire procedure più uniformi e tutelanti per i minori.

Nell'ambito di tale intervento, l'Autorità di Gestione ha pubblicato, rispettivamente ad aprile e giugno del 2023, **due procedure distinte (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.):**

- un progetto nazionale attivato in modalità b.1)²⁰ dal titolo **"Promozione di strumenti e buone prassi nella presa in carico dei bisogni di salute dei migranti in condizione di vulnerabilità - TUTELAE"**, a titolarità dell'INMP e con uno stanziamento di 750.000 euro;
- un Avviso Pubblico **"Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità"**, a titolarità dell'AdG FAMI e con uno stanziamento totale di 32.000.000 euro.

Di seguito si riporta una breve descrizione delle procedure in esame.

Tabella 2 - Procedure finanziate sull'intervento OS1.e

| AZIONE | STATUS | TITOLARITÀ | PROCED. | TITOLO | PUBBL. | APPR. | IMPEGNATO |
|--|---------|-----------------|---------------------|------------------------|----------|----------|---------------|
| OS1.e Presa in carico vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari | Avviato | INMP | PN - altri soggetti | TUTELAE | 26/04/23 | 12/02/25 | 750.000,00 |
| | | MINT – AdG FAMI | Avviso pubblico | Piani Regionali Salute | 15/06/23 | 10/06/24 | 29.236.716,41 |

Fonte: Monitoraggio PN FAMI 2021-2027

L'attivazione congiunta di queste due linee di azione – una declinata a livello regionale e una di respiro nazionale – costituisce quindi l'architettura operativa attraverso cui l'OS1.e intende tradurre gli obiettivi strategici in azioni concrete. I Piani Regionali Salute e il progetto TUTELAE rappresentano, di fatto, i **due pilastri complementari di un'unica strategia**: da un lato, la costruzione di modelli territoriali capaci di rispondere ai bisogni specifici della popolazione target; dall'altro, la definizione e la diffusione di strumenti, procedure e buone prassi uniformi a livello nazionale. È all'interno di questo quadro integrato che si collocano le attività finanziate, il cui esame consente di comprendere come gli interventi si traducano in risultati misurabili. A tal riguardo, l'analisi condotta sulla totalità dei progetti attivati sull'intervento OS1.e mostra come l'attuazione della strategia delineata dall'intervento si articoli lungo **quattro grandi dimensioni operative**, tra loro complementari, che coprono l'intero ciclo della presa in carico e costituiscono la struttura portante dell'intervento sul territorio:

1. **Creazione e rafforzamento della governance multilivello**, indispensabile per garantire una presa in carico equa, uniforme ed informata sul territorio nazionale;
2. **Formazione, intervizione e supporto agli operatori**, con l'obiettivo di consolidare competenze tecniche e trasversali e assicurare la sostenibilità della presa in carico;

²⁰ Per modalità b.1) si intende un intervento attuato da soggetti diversi dalla Direzione Centrale per le Politiche Migratorie Autorità Fondo Asilo Migrazione e Integrazione, così come definito dal "Sistema di Gestione e Controllo dell'Autorità di Gestione del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2021-2027 (SIGECO)", versione n. 2.0, 10 gennaio 2025

3. **Alfabetizzazione sanitaria dei migranti e promozione della salute**, volta a migliorare l'accessibilità e le modalità di fruizione dei servizi sanitari, rafforzando l'autonomia della popolazione destinataria;
4. **Individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità**, al fine di garantire la tempestività, l'adeguatezza e la continuità delle risposte socio-sanitarie rivolte ai RTPI.

La Tabella 3 offre una rappresentazione sintetica di queste quattro dimensioni di intervento, ricostruendo la **Teoria del Cambiamento** sottesa alle stesse e mostrando come le diverse attività si articolino lungo una logica coerente di input, processi e risultati. Per ciascuna dimensione, sono stati identificati i principali ambiti di azione in cui i progetti operano, individuando i fabbisogni a cui tali azioni intendono rispondere, le attività messe in campo, i risultati attesi nel breve (*output*) e nel medio periodo (*outcome*), nonché l'impatto complessivo perseguito dall'intervento. Tale ricostruzione permette di cogliere non solo la varietà degli ambiti finanziati, ma anche la loro complementarietà e il contributo che ciascuno di essi apporta all'impatto complessivo perseguito dall'intervento. I contenuti delle quattro dimensioni, insieme agli elementi analitici che ne derivano, verranno illustrati e discussi in modo approfondito nei capitoli successivi (cfr. §4-7).

Tabella 3 - Teoria del Cambiamento intervento OS1.e del PN FAMI 21-27

| DIMENSIONE | FABBISOGNO | ATTIVITÀ | OUTPUT | OUTCOME | IMPATTO |
|---|---|--|--|---|---|
| Creazione e rafforzamento della governance multilivello | <ul style="list-style-type: none"> Frammentazione organizzativa ed operativa tra ASL e tra SSN e sistema di accoglienza Carenza di modelli standardizzati per l'identificazione e la presa in carico delle vulnerabilità e per il tracciamento e monitoraggio dei percorsi di salute Scarsità di informazioni sui contesti di intervento in termini di fabbisogni e servizi e su buone prassi sperimentate dai territori | <ul style="list-style-type: none"> Sviluppo e consolidamento di meccanismi di coordinamento istituzionali e reti territoriali stabili Approvazione di protocolli operativi e linee di indirizzo comuni e implementazione di sistemi informativi e database condivisi Mappatura e valutazione in itinere dei fabbisogni e dei servizi offerti e scambio di buone prassi | <ul style="list-style-type: none"> Miglioramento nel coordinamento tra ASL e tra SSN e sistema di accoglienza Maggiore uniformità nelle procedure e prassi di presa in carico a livello intra- ed interregionale Rafforzamento della capacità di programmazione basata su dati affidabili e sperimentazioni di successo | Creazione e rafforzamento di una governance multilivello capace di garantire una presa in carico equa, uniforme ed informata | Sviluppo di un modello multidisciplinare, "migrant-sensitive" e "data-driven" di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, integrato ed uniforme su tutto il territorio nazionale, volto a garantire la tutela della salute dei RTPi, con particolare riferimento alle persone ospiti nel circuito dell'accoglienza |
| Individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità | <ul style="list-style-type: none"> Individuazione tardiva o mancata delle vulnerabilità fisiche e psico-sociali Presenza di bisogni psico-sanitari complessi che richiedono competenze professionali integrate e percorsi di cura specializzati Eccessiva "medicalizzazione" del disagio sociale e rischio di cronicizzazione e ricadute durante il processo di <i>recovery</i> Frammentazione e scarsa specializzazione della presa in carico rispetto ai bisogni specifici di alcuni target | <ul style="list-style-type: none"> Attivazione di interventi di prossimità e <i>outreach</i> per screening e triage socio-sanitari Creazione e rafforzamento di equipe multidisciplinari e di percorsi clinici di assistenza dedicati Sperimentazione di percorsi ponte a lungo termine per la riabilitazione, l'inclusione e l'accompagnamento all'autonomia Istituzione e consolidamento di percorsi specialistici dedicati (vittime di tortura, MSNA/minori, donne) | <ul style="list-style-type: none"> Incremento nell'intercettazione dei bisogni "sommersi" e nella copertura territoriale Maggiore coerenza e qualità nei percorsi di cura e riduzione delle interruzioni assistenziali Maggiore benessere duraturo delle persone prese in carico, con conseguente riduzione delle recidive o dei ritorni in situazioni di vulnerabilità Aumento della capacità del sistema territoriale di trattare casi complessi senza ricorso a invii esterni | Potenziamento dei percorsi di individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità da parte dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Formazione, intervizione e supporto agli operatori | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carenza di competenze specifiche degli operatori su salute transculturale e dimensioni delle vulnerabilità ▪ Disomogeneità di esperienze, linguaggi e standard di qualità tra enti e tra operatori con utilizzo non uniforme di procedure e strumenti specialistici ▪ Elevato sovraccarico e rischio di burnout e traumatizzazione vicaria tra operatori | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementazione di percorsi di formazione e aggiornamento multidisciplinari per operatori ▪ Realizzazione di attività di tutoring / supervisione metodologica e creazione di comunità di pratica / dispositivi di cooperative learning ▪ Attivazione di programmi e spazi di sostegno per il benessere psicologico ed emotivo degli operatori | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento nelle competenze tecno-cliniche e transculturali degli operatori ▪ Maggiore capitalizzazione delle esperienze maturate e omogeneità nell'adozione di procedure e strumenti ▪ Riduzione dello stress lavoro-correlato e prevenzione di burnout e traumatizzazione vicaria | <p>Consolidamento di un corpo professionale multidisciplinare, resiliente e culturalmente competente in grado di assicurare la qualità, l'omogeneità e la sostenibilità della presa in carico</p> | |
| Alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scarsa educazione sanitaria e conoscenza del funzionamento del SSN tra i destinatari ▪ Esistenza di barriere linguistiche e culturali che ostacolano l'accesso e rallentano la presa in carico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione di azioni di orientamento e sensibilizzazione sanitaria ▪ Produzione e diffusione di materiali informativi multilingue ▪ Implementazione di servizi di mediazione linguistico-culturale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento nei pattern di utilizzo dei percorsi di cura e riduzione degli accessi impropri ai servizi ▪ Superamento delle barriere comunicative tra operatori e destinatari | <p>Miglioramento nell'accessibilità e nelle modalità di fruizione dei servizi sanitari, con una conseguente presa in carico più consapevole ed inclusiva</p> | |

3.2.1. Piani Regionali Salute

L'Avviso pubblico **Piani Regionali Salute**, in coerenza con l'OS1 - Asilo del PN FAMI 21-27, mira a potenziare la tutela della salute di richiedenti e titolari di protezione internazionale, compresi i minori stranieri non accompagnati, e a promuovere un'assistenza sanitaria integrata ed uniforme su tutto il territorio nazionale. In questa prospettiva, l'Avviso finanzia percorsi di presa in carico tempestiva e personalizzata delle vulnerabilità psico-fisiche dei migranti, facilitando l'accesso ai Servizi Territoriali del SSN e rafforzando la capacità di risposta del sistema ai fabbisogni individuati. Sono **destinatari diretti** delle attività progettuali i migranti appartenenti a una delle seguenti categorie giuridiche:

- Richiedenti asilo
- Titolari di protezione internazionale (Asilo o Sussidiaria)
- Titolari di protezione temporanea (Emergenza Ucraina)
- Titolari di permesso per minore età (MSNA)
- Titolari di permesso per motivi familiari nel caso di ricongiungimento con le categorie sopra descritte


















Al fine di creare un sistema di presa in carico delle vulnerabilità integrato, l'Avviso dà priorità ai destinatari accolti nel sistema di accoglienza, ma prevede la possibilità, in via residuale, di includere anche gli aventi diritto che risiedono al di fuori delle strutture. Data l'ampiezza del campo di azione previsto dall'Avviso, i progetti presentati prevedono la crescita delle competenze delle equipe multiprofessionali impegnate nelle attività di presa in carico delle vulnerabilità, pertanto sono considerati **destinatari indiretti** delle attività progettuali gli operatori sanitari, gli operatori del sistema di accoglienza nonché gli operatori dei servizi sociali ovvero di istituzioni territoriali direttamente coinvolti nel percorso di accoglienza, inclusi i mediatori linguistico-culturali specializzati.

Le attività progettuali, della durata massima di 3 anni, devono essere sviluppate a livello regionale o provinciale (nel caso di progetti presentati per le Province Autonome), con la possibilità di prevedere iniziative transregionali per lo scambio di buone pratiche o per la realizzazione di azioni innovative. Erano ammessi a presentare proposte progettuali, in qualità di Capofila, esclusivamente **Regioni/Province autonome** oppure **Aziende Sanitarie (o diversamente denominate sulla base della normativa regionale di riferimento) esplicitamente delegate**, mentre in qualità di Partner di progetto potevano essere coinvolti Aziende Sanitarie, Aziende ospedaliere, Policlinici Universitari, Enti locali o altri Enti pubblici, Enti del Terzo Settore o Organismi di diritto privato senza scopo di lucro ed operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso. La procedura ha previsto **allocazioni finanziarie massime per ogni Regione/Provincia Autonoma** composte da un contributo fisso di 200.000 euro a Regione, a cui si è aggiunto un contributo variabile in base alla % di cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti nel territorio regionale (al 1° gen. 2022) e alla % cittadini non comunitari presenti nelle strutture di accoglienza regionali (al 31 dicembre 2022). La Tabella 4 offre una panoramica dei 17 Piani Regionali Salute finanziati dal PN FAMI.

Tabella 4 – Status progetti finanziati sull'Avviso pubblico Piani Regionali Salute

| CODICE PRIGETTO | REGIONE | TITOLO PROGETTO | BUDGET | DATA AVVIO | AVANZAMENTO PROGETTUALE | AVANZAMENTO INDICATORI COMUNI ²¹ |
|-----------------|----------|---|-----------|------------|-------------------------|--|
| PROG-221 | Piemonte | SALUS - Piano di Salute e Accoglienza tramite il Lavoro Unito dei Servizi | 2.567.855 | 01/10/24 | 30,56% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |

²¹ Legenda degli indicatori: O.1.1.3 Numero di partecipanti (cittadini di Paesi terzi) vulnerabili assistiti; O.1.2 Numero di partecipanti (operatori) alle attività di formazione; O.1.1 Numero di partecipanti (cittadini di Paesi terzi) sostenuti; R.1.5 Numero di partecipanti (operatori) che ritengono utile la formazione per il loro lavoro.

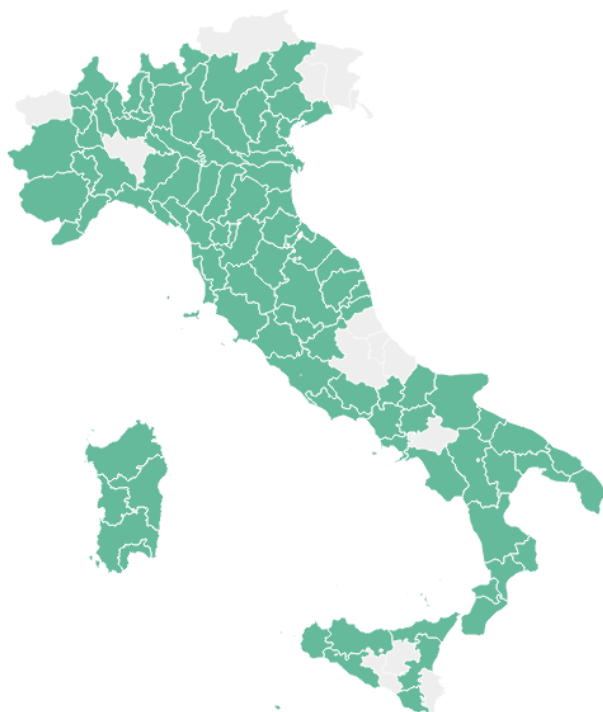
| | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|--|-----------|------------|--------|--|
| PROG-248 | Emilia-Romagna | pERsone (Percorsi Emilia-Romagna Salute Obiettivo Nessuno Escluso) | 2.963.848 | 01/08/24 | 36,11% | O.1.1.3  84% O.1.2  44% O.1.1  85% R.1.5  62% |
| PROG-353 | Marche | Azioni integrate del Servizio sanitario della R.M. per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei MSNA | 1.099.807 | 02/01/25 | 22,22% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-400 | Sicilia | PER.S.O.N.E. Sicilia - PERcorso Salute Obiettivo Nessuno Escluso Sicilia | 2.697.721 | Da avviare | nd | nd |
| PROG-407 | Provincia Autonoma di Trento | Autonoma di Trento per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale | 512.800 | 01/03/25 | 16,67% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 1% R.1.5 0% |
| PROG-430 | Liguria | Approdi | 1.438.405 | 20/09/24 | 33,33% | O.1.1.3  11% O.1.2 0% O.1.1  11% R.1.5 0% |
| PROG-456 | Sardegna | Sardegna Salute | 579.877 | 12/12/24 | 25,00% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-462 | Toscana | PROSIT-PROmuovere Servizi Interdisciplinari Territoriali per la salute dei servizi socio-sanitari sul territorio | 2.092.521 | 24/09/24 | 33,33% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 1% R.1.5 0% |
| PROG-464 | Basilicata | SA.MI.R.A. - Salute migranti richiedenti asilo | 698.705 | 16/09/24 | 33,33% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-493 | Lazio | FARI4LAZIO | 2.685.601 | 01/10/24 | 30,56% | O.1.1.3  31% O.1.2  43% O.1.1  31% R.1.5  58% |
| PROG-567 | Puglia | Prevenzione 5.0 | 1.437.079 | 02/12/24 | 30,00% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-601 | Umbria | S.A.F.E- Salute e Accoglienza per le Fragilità Emergenti | 738.524 | 03/02/25 | 19,44% | O.1.1.3  21% O.1.2  23% O.1.1  11% R.1.5  22% |
| PROG-603 | Campania | M.I.S.C.A Migranti In Salute in Campania | 1.944.029 | 04/11/24 | 27,78% | O.1.1.3  84% O.1.2  13% O.1.1  97% R.1.5 0% |

| | | | | | | |
|-----------------|-----------|---|-----------|----------|--------|--|
| PROG-613 | Calabria | ToGether(e) | 1416.792 | 03/03/25 | 16,67% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-708 | Veneto | SPIR.NET 2 - Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network | 1.997.066 | 22/11/24 | 27,78% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |
| PROG-785 | Lombardia | Salute Mentale e Accoglienza per Richiedenti asilo | 3.788.792 | 01/01/25 | 22,22% | O.1.1.3 1% O.1.2 2% O.1.1 1% R.1.5 0% |
| PROG-842 | Molise | Health 4 All | 577.286 | 01/04/25 | 16,67% | O.1.1.3 0% O.1.2 0% O.1.1 0% R.1.5 0% |

Fonte: Monitoraggio PN FAMI 2021-2027 al 30.09.2025

I 17 Piani Regionali Salute hanno previsto **budget molto variabili**: dai circa 500 mila euro in Molise, Trento e Sardegna, fino a quasi 3,8 milioni di euro in Lombardia, che rappresenta il finanziamento più consistente. Sono coinvolte quasi tutte le Regioni e Province Autonome italiane, ad eccezione di Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano. Si rileva inoltre che, all'interno delle Regioni partecipanti, alcuni territori provinciali non hanno aderito all'iniziativa: Caltanissetta, Enna e Siracusa per la Sicilia; Avellino

Figura 4 - Copertura provinciale dei Piani Regionali



Fonte: Elaborazione IZI su dati proposte progettuali

per la Campania; e Pavia per la Lombardia, come mostrato in Figura 4. Per quanto riguarda l'Ente capofila, in 10 casi si tratta della Regione / Provincia Autonoma o di un ente regionale che ne fa le veci, mentre in 7 casi si tratta di un'Azienda Sanitaria (o diversamente nominata) o di un ente equiparato. Rispetto alla struttura del partenariato, **i Piani Regionali presentano modelli organizzativi fortemente diversificati, frutto delle differenti configurazioni istituzionali, dei contesti socio-economici e delle tradizioni amministrative dei territori.** In 8 casi, le Regioni hanno scelto un'impostazione fortemente "centralizzata", con il solo coinvolgimento di enti pubblici o di tipo sanitario, mentre in 9 casi hanno previsto forme più "orizzontali e miste", con la partecipazione anche di altre tipologie di soggetti. Tra questi, in 6 casi sono stati inclusi enti del Terzo Settore; in 2 casi l'ANCI regionale ed in altri 2 casi degli atenei, nello specifico l'Università di Siena e l'Università della Calabria.

Alla data del 30 settembre 2025, **16 dei 17 progetti finanziati hanno avviato le attività** (tra settembre 2024 e aprile 2025), mentre 1 è stato convenzionato, ma non è ancora partito (Regione Sicilia). I livelli di avanzamento oscillano tra il 16% e il 36%, con performance più alte in Emilia-Romagna (36,1%), Basilicata, Toscana e Liguria (33,3%). Si evidenzia uno scollamento tra lo stato di avanzamento progettuale e quello degli indicatori comuni riportati in tabella. Se alcuni progetti come pERsone, Fari4Lazio e MISCA, oggetto di approfondimento nella sezione “sguardo territoriale” (cfr. §4.2, 5.2, 6.2, 7.2), presentano un avanzamento sia progettuale che nel report degli indicatori, altri Piani Regionali Salute, seppur con una percentuale di avanzamento delle attività equivalente, non registrano una progressione equivalente degli indicatori comuni.

3.2.2. Progetto “TUTELAE”

La seconda procedura attivata nell’ambito dell’OS1.e è il **Progetto TUTELAE**, promosso dall’INMP e avviato il 01/03/2025 con l’obiettivo generale di potenziare l’intero sistema nazionale di tutela sanitaria e migliorare la gestione della salute dei migranti vulnerabili sia nei centri di accoglienza (SAI e CAS) che nei servizi sanitari locali. Per raggiungere questo scopo, **il progetto agisce su due livelli**:

- *A livello regionale*, aiuta le aziende sanitarie e gli stakeholder rilevanti delle singole Regioni a mettere in pratica il Protocollo per la determinazione dell’età dei MSNA, adottato in Conferenza Unificata Stato-Regioni. In più, promuove metodi efficaci per tracciare e segnalare i casi di vulnerabilità, garantendo una migliore collaborazione tra i centri di accoglienza e i servizi sanitari del territorio, attraverso lo sviluppo evolutivo della piattaforma SAVe, un software sviluppato dall’INMP per permettere una standardizzazione delle procedure di registrazione e trasferimento dei dati sanitari e di vulnerabilità dei migranti identificati;
- *A livello centrale*, si impegna a promuovere il raccordo tra i Piani Regionali, identificando le pratiche di successo già in uso in alcune Regioni nell’emersione, referral e presa in carico delle vulnerabilità tra sistema di accoglienza e SSN, con l’intento di condividerle e replicarle in altri contesti.

Dal punto di vista strutturale, **il progetto si sviluppa su tre Work Packages (WP)**: implementazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell’età del MSNA (WP1), raccordo tra le azioni dei Piani regionali per la tutela della salute dei migranti in condizione di vulnerabilità (WP2), e tracciamento informatizzato dei dati di salute e di vulnerabilità dei RTP1 (WP3). Per la realizzazione di TUTELAE è prevista una collaborazione attiva tra l’INMP e una rete territoriale composta da Ministero dell’Interno, nel ruolo di facilitatore nel coinvolgimento dei coordinatori dei 17 Piani Regionali Salute, enti gestori e centri di accoglienza, Regioni e Province autonome, ASL-ASP. Più che un vero e proprio coordinamento, che rimane in capo all’Autorità di Gestione, l’INMP assume in questo senso un ruolo tecnico-operativo cruciale di accompagnamento delle attività che vengono svolte a livello territoriale e di raccordo con i coordinatori regionali.

Tabella 5 - Status progetto "TUTELAE"

| CODICE PROGETTO | BENEFICIARIO | TITOLO PROGETTO | BUDGET | DATA AVVIO | AVANZAMENTO PROGETTUALE | AVANZAMENTO INDICATORI COMUNI ²² |
|-----------------|--------------|--|---------|------------|-------------------------|---|
| PROG-1112 | INMP | Promozione di strumenti e buone prassi nella presa in carico dei bisogni di salute dei migranti in condizione di vulnerabilità (TUTELAE) | 750.000 | 01/03/25 | 16,67% | O.1.2 0% |
| | | | | | | R.1.6 0% |
| | | | | | | R.1.5 0% |

Fonte: Monitoraggio PN FAMI 2021-2027 al 30.09.2025

²² Legenda degli indicatori: O.1.2 Numero di partecipanti (operatori) alle attività di formazione; R.1.5 Numero di partecipanti (operatori) che ritengono utile la formazione per il loro lavoro; R.1.6 Numero di partecipanti (operatori) che, tre mesi dopo l’attività di formazione, riferiscono di utilizzare le abilità e le competenze acquisite durante la formazione.

3.3. LA TUTELA SANITARIA TRA VECCHIA, NUOVA E ALTRA PROGRAMMAZIONE

Nel passaggio dal PN FAMI 14-20 al PN FAMI 21-27 si osserva un **chiaro rafforzamento dell'attenzione verso la salute dei migranti in condizioni di vulnerabilità**, sia in termini di strumenti di intervento che di sistematicità delle azioni. La programmazione precedente non contemplava infatti un intervento specifico appositamente dedicato alla salute di RTPI vulnerabili, ma includeva linee di attività legate alla tutela sanitaria all'interno di azioni di più ampio respiro²³. Nonostante si sia trattato di iniziative significative, queste hanno avuto un carattere profondamente frammentato, con una forte focalizzazione su iniziative progettuali localizzate, senza una cornice uniforme di governance nazionale e/o regionale. Con il PN FAMI 21-27, invece, **l'approccio diventa più strutturale e integrato**: la salute non è più trattata come ambito "settoriale" ma come componente essenziale dell'accoglienza e dell'integrazione. L'introduzione dell'intervento OS1.e *"Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio"* specificatamente dedicato alla tutela della salute dei migranti vulnerabili segna in questo senso l'evoluzione da un modello sperimentale, fatto di iniziative locali e mirate, a un modello sistemico e programmatico, che mira a rendere stabile e omogenea la presa in carico sanitaria dei migranti vulnerabili su tutto il territorio nazionale, consolidando la collaborazione tra tutti gli enti coinvolti nel processo di presa in carico.

Nello specifico, per quanto riguarda i **Piani Regionali Salute**, la comparazione con il precedente Avviso Pubblico *"Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità"*, finanziato all'interno della più ampia azione "Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza" (OS1.ON 1 - lett. C), mostra un salto di qualità evidente nell'attuale programmazione: **non singoli progetti, ma strumenti programmatori cofinanziati al 100%, affidati alle Regioni in raccordo con il SSN**, con focus su vulnerabilità fisiche, psichiche e sociali (MSNA, vittime di tortura e tratta, donne in gravidanza, persone con disabilità o patologie croniche). Se il precedente avviso prevedeva la possibilità per le Regioni e le ASL interessate di proporre interventi su base locale per promuovere l'accesso dei migranti ai servizi sanitari locali, il nuovo avviso prevede la promozione di un'azione di sistema nazionale, declinata in Piani regionali standardizzati per i quali è stata prevista una procedura ristretta. Con l'avviso del 2017, erano stati finanziati 18 progetti in 12 regioni, di cui 5 nella Regione Lazio, e 3 nella Regione Lombardia; l'avviso dei Piani Regionali Salute della attuale programmazione, invece, finanzia un unico progetto per Regione, andando a declinare l'azione in una forma molto più sistematica. All'interno dell'Avviso vengono inoltre invitati i soggetti proponenti a creare delle forme di coordinamento – ad esempio attraverso partenariati o adesioni a progetti già esistenti – con i beneficiari dei progetti finanziati sulla precedente procedura del PN FAMI 14-20, al fine di valorizzare e integrare le esperienze già maturate. La specificità del PN FAMI 21-27 in tal senso, si evince anche dall'analisi dei nuovi indicatori aggiuntivi di Programma, che nell'ambito dell'OS1 riguardano informazioni relative proprio ai Piani Regionali Salute (*0.1.6.a n° di autorità locali e regionali sostenute per attuare piani regionali salute e R.1.8.a n° di provvedimenti attuativi regionali concernenti i piani regionali salute*).

In questo quadro, anche il progetto nazionale dell'INMP, novità assoluta dell'attuale programmazione, assume un ruolo fondamentale, proprio per accompagnare i Piani in quel processo di integrazione verticale e orizzontale necessario a garantire un'efficace governance multilivello dei servizi pubblici destinati ai CPT. Un ruolo di *stewardship* nazionale strategico, con una funzione di supporto e accompagnamento alla messa a sistema dell'azione del PN FAMI in tema di tutela della salute dei migranti vulnerabili.

²³ Nell'ambito dell'Obiettivo Specifico 1 – Asilo, erano state finanziate procedure e progetti specifici all'interno delle azioni: 1.1.a - Primi assistenza psico-sanitaria nella fase di primissimo soccorso in mare; 1.1.c - Potenziamento del sistema di prima e seconda accoglienza; 1.1.e - Potenziamento dei servizi d'accoglienza e assistenza specifica per MSNA. Ulteriori procedure e progetti erano state poi finanziate nell'ambito dell'Obiettivo Specifico 2 – Integrazione/Migrazione legale.

Tabella 6 - Avviso pubblico dedicato alla tutela sanitaria nel PN FAMI 14-20 e 21-27

| | PN FAMI 2014-20 | PN FAMI 2021-27 |
|------------------------------|--|---|
| OS / Intervento | OS1.ON1, lett C: <i>Potenziamento del Sistema di 1° e 2° accoglienza</i> | OS1, MA1.b, lett E: <i>Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio</i> |
| Avviso pubblico | Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità | Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità |
| Procedura | aperta | ristretta |
| Beneficiario capofila | Regioni e ASL | Regioni e Province autonome |
| budget | 15.000.000 | 32.000.000 |
| Data di pubblicazione | 22 dicembre 2017 | 16 giugno 2023 |

Fonte: PN FAMI 14-20 e PN FAMI 21-27

Con riferimento invece alla **complementarietà delle azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e) con altre iniziative**, finanziate dentro e fuori il PN FAMI 21-27, è opportuno innanzitutto richiamare come il Programma raccomandi fin dalla fase di programmazione l'implementazione di una sinergia tra l'azione OS1.e) e l'azione OS2.m) "Azione di sistema per la protezione della salute nell'ambito dell'integrazione". Quest'ultima, collocata all'interno dell'Obiettivo Specifico 2 dedicato alla Migrazione legale e all'integrazione, mira a promuovere modalità operative uniformi su tutto il territorio nazionale per garantire pari accesso ai servizi sanitari della popolazione migrante e a rafforzare la rete tra attori pubblici e privati, nonché le competenze degli operatori coinvolti nella tutela sanitaria. Secondo l'ultimo report della Cabina di Regia del PN FAMI 21-27 (9 aprile 2025), al 31/03 risultano programmati, per il triennio 2025–2028, due progetti da attivare in modalità b.1) per un totale di 1.435.000 euro: uno a titolarità del Ministero della Salute, volto alla formazione degli operatori sanitari, e uno a titolarità INMP dedicato alla tutela sanitaria delle donne. Mentre OS1.e si rivolge prioritariamente ai migranti vulnerabili richiedenti e titolari di protezione internazionale, in particolare ospitati nel sistema di accoglienza, OS2.m è orientato all'intera popolazione dei CPT presente sul territorio nazionale. Poiché i due progetti programmati sull'intervento OS2.m risultano ancora in fase di presentazione, non è al momento possibile valutarne nel dettaglio l'effettiva integrazione con le azioni prese in esame dalla presente trattazione; resta tuttavia positivo che la complementarietà tra i due interventi sia dichiarata e promossa sin dalla programmazione, a conferma dell'attenzione strutturale che il PN FAMI 21-27 dedica a questa dimensione.

Per quanto riguarda infine la **complementarietà e la continuità dei singoli progetti** finanziati nell'ambito di OS1.e, l'analisi delle proposte progettuali evidenzia un panorama ricco di sinergie e percorsi di continuità attivati con diverse fonti di finanziamento. Oltre ai collegamenti con progettualità avviate nel ciclo PN FAMI 14-20 – riscontrati in 15 progetti su 18 – si rilevano collaborazioni con interventi finanziati sia nell'attuale PN FAMI 21-27 sia attraverso altri programmi, quali il PN Inclusione e Lotta alla Povertà 21-27, i Programmi Regionali FSE+ e FESR, o ancora iniziative sostenute da fondi nazionali e regionali (ad esempio del Dipartimento per le Pari Opportunità, del Ministero della Salute, ecc.). Per ragioni di sintesi, è presentata in Allegato III la tabella che riassume le principali sinergie attivate da ciascun progetto in continuità con la programmazione precedente e con altri strumenti finanziari. Si segnala, tuttavia, che tali sinergie sono probabilmente più ampie di quanto emerga dalle sole proposte progettuali: le evidenze raccolte nei casi di studio mostrano infatti che i punti di raccordo con altre iniziative risultano spesso più numerosi e capillari di quanto formalmente dichiarato nei documenti di candidatura.

4. CREAZIONE E RAFFORZAMENTO DELLA GOVERNANCE MULTILIVELLO

4.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE

4.1.1. I principali fabbisogni rintracciati sul territorio

In molte Regioni – in particolare in quelle maggiormente interessate dai flussi migratori – l'aumento delle domande di asilo e dei bisogni complessi dei RTPI ha negli ultimi anni **accresciuto la pressione sui sistemi di accoglienza** (cfr. §2), facendo di fatto emergere limiti strutturali nella capacità dei servizi territoriali di rispondere in modo tempestivo e coordinato alle esigenze che questi portano con sé. L'evolversi costante dei movimenti migratori ha inoltre portato alla luce fabbisogni sempre più diversificati, spesso sovrapposti, che richiedono un sistema di presa in carico capace di coniugare solidità istituzionale e flessibilità operativa, adattandosi ai cambiamenti del contesto e alla pluralità delle situazioni individuali. Davanti a queste criticità, i servizi sanitari si rivelano spesso non adeguatamente attrezzati per rispondere alle peculiarità sanitarie, culturali e linguistiche della popolazione migrante, mostrando una forte variabilità nella presenza e nell'organizzazione dei percorsi di cura dedicati agli stranieri sul territorio. Queste criticità si innestano su un **quadro già di per sé disomogeneo e frammentato del Sistema Sanitario Nazionale**²⁴, portando a quella che, non a caso, è stata definita da più parti una *"lotteria geografica dell'accoglienza"*, in cui l'effettivo accesso ai diritti sanitari dipende, di fatto, dal luogo di accoglienza e dalla capacità del singolo territorio di garantire risposte adeguate. Nonostante negli anni siano state avviate numerose iniziative, spesso virtuose, che si sono fatte carico dei bisogni di salute della popolazione target, tali esperienze hanno spesso avuto spesso un carattere prevalentemente settoriale e frammentato, con risultati positivi ma con difficoltà nel renderli duraturi. Dallo studio congiunto dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e) e dai dati raccolti attraverso l'analisi documentale e le testimonianze dal campo, emerge quindi una necessità pressoché unanime di **superare l'approccio emergenziale in favore di un modello di governance multilivello stabile e integrato**, in grado di garantire l'individuazione tempestiva delle vulnerabilità e la continuità della presa in carico in tutte le fasi dell'accoglienza (dal primo sbarco / rintraccio fino all'inserimento nelle comunità locali), nonché una maggiore uniformità delle pratiche tra territori, sia sul piano intra- che inter-regionale²⁵.

La creazione e il rafforzamento della governance multilivello attraverso la ricostruzione della Teoria del Cambiamento (cfr. §3) evidenzia tre macroambiti problematici individuati in maniera più o meno esplicita nei diversi territori nel corso delle indagini condotte:

1. la **frammentazione organizzativa ed operativa** tra i diversi livelli di governo (nazionale, regionale, aziendale), tra i diversi territori, e tra sistema sanitario e sistema dell'accoglienza;

²⁴ Si veda, fra gli altri: Fondazione GIMBE, *8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale*, 2025; The Lancet Regional Health – Europe, *Editorial - The Italian health data system is broken*, Volume 48, gennaio 2025

²⁵ Si veda, fra gli altri: INMP, ISS, SIMM, *Individuazione delle problematiche clinico-organizzative e degli ambiti di sanità pubblica su cui orientare la produzione di Linee Guida - Attività di priority setting mediante consultazione degli stakeholder*, Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, ottobre 2015; Dossier SPRAR, *Tutela della salute dei migranti*, gennaio 2018; AA.VV., *Dichiarazione di Erice su 'la salute dei migranti. Una sfida di equità per il sistema sanitario pubblico'*, Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture (EMFCSC), aprile 2022

2. la **carenza di modelli, protocolli e strumenti standardizzati** per l'identificazione e la presa in carico delle vulnerabilità e per il tracciamento ed il monitoraggio dei percorsi di salute;
3. la **scarsità di informazioni sui contesti di intervento**, in termini sia di fabbisogni che di presenza di servizi, e **su buone prassi** già sperimentate a livello territoriale.

Con riferimento al primo ambito di criticità, la **frammentazione organizzativa e operativa** emerge come un fenomeno articolato, legato all'**assenza di spazi stabili e strutturati di confronto e coordinamento** e che si manifesta su due livelli distinti ma strettamente interconnessi. A livello regionale, tale assenza riguarda sia la dimensione "intra-ASL", con difficoltà di raccordo tra le diverse Aziende Sanitarie e tra servizi sanitari, psicologici e sociali, sia la dimensione "extra-ASL", che coinvolge il rapporto tra il Sistema Sanitario Regionale (SSR) e gli attori del sistema di accoglienza nel suo complesso, quali Prefetture, Comuni, centri di prima e seconda accoglienza, servizi socio-assistenziali ed enti del Terzo Settore. A livello nazionale, tale assenza riguarda invece, da un lato, la dimensione "orizzontale", ossia la comunicazione tra i diversi sistemi sanitari regionali, e, dall'altro, la dimensione di tipo "verticale", ossia il coordinamento tra le Regioni e il sistema nazionale di presa in carico delle vulnerabilità nel suo complesso.

Le testimonianze raccolte e i progetti attivati convergono in questo senso nell'evidenziare la presenza di reti di collaborazione "a geografia variabile" e di sistemi di referral spesso informali tra istituzioni, che non garantiscono né un'omogeneità nei percorsi di cura né la necessaria fluidità nei passaggi tra i diversi livelli di assistenza, in particolar modo durante le fasi considerate più delicate per la presa in carico: l'ingresso nel sistema di accoglienza, l'invio ai servizi specialistici, le dimissioni e la continuità delle cure. Tale mancanza di coordinamento ostacola inoltre l'attivazione di flussi informativi chiari e multidirezionali, favorendo la proliferazione di prassi difformi tra territori e producendo allo stesso tempo frequenti "zone grigie" nella presa in carico, che portano con sé un elevato rischio di "caduta" fuori dai percorsi di cura. È in risposta a questo scenario che si colloca la volontà, espressa in modo trasversale dai progetti, di sviluppare modelli che favoriscano un dialogo costante tra sanità pubblica, privato sociale e sistema di accoglienza, rafforzando i meccanismi di governance attraverso percorsi di "co-progettazione partecipata" tra i diversi servizi, con l'obiettivo di costituire "reti integrate" stabili e operative. In questa prospettiva, emerge chiaramente l'intenzione di superare la logica delle "collaborazioni occasionali", attraverso l'implementazione di strutture di coordinamento che valorizzino e stabilizzino le sinergie esistenti, nella prospettiva di un passaggio "da progetto a processi di sistema".

Alla frammentazione organizzativa ed operativa si associa in modo diretto **la scarsità, o meglio, l'applicazione difforme di modelli e protocolli standardizzati per l'individuazione precoce, il referral e la presa in carico delle vulnerabilità** dei migranti che arrivano, vengono intercettati dai servizi territoriali o sono inseriti nel sistema di accoglienza. Ne derivano percorsi di presa in carico spesso disomogenei tra i territori, fortemente dipendenti dalla sensibilità, dalle competenze e perfino dalla disponibilità dei singoli operatori o dei singoli distretti, che portano a loro volta alla difficoltà nel garantire equità e uniformità di trattamento per i destinatari. Dalle testimonianze raccolte viene ad esempio segnalata l'adozione, da parte delle ASL, di criteri propri per l'iscrizione amministrativa al SSN e l'assegnazione del codice STP, nonostante l'esistenza di una specifica intesa nazionale a riguardo²⁶, nonché il recepimento e l'implementazione operativa fortemente variabile tra territori degli strumenti e procedure messe a punto negli anni per l'emersione e il trattamento delle diverse fragilità (cfr. §5.1). A ciò si aggiunge l'**assenza di sistemi informativi realmente integrati e interoperabili tra i diversi livelli dell'assistenza e tra territori e Regioni differenti**, che rende complessa la raccolta e l'analisi dei dati relativi ai percorsi di salute e indebolisce la capacità dei servizi di effettuare un tracciamento longitudinale delle vulnerabilità rilevate lungo tutte le fasi della presa in carico. Come richiamato anche a livello nazionale dal progetto dell'INMP, ad oggi non esiste infatti ancora un sistema informativo unico e integrato per la registrazione e il monitoraggio delle vulnerabilità e dei percorsi di salute: le informazioni raccolte, dove presenti, non sono aggregabili, gli strumenti digitali non vengono utilizzati in modo costante e persistono modelli organizzativi diversi a seconda delle Regioni, delle Province e persino dei Comuni. Tale problematica diventa particolarmente

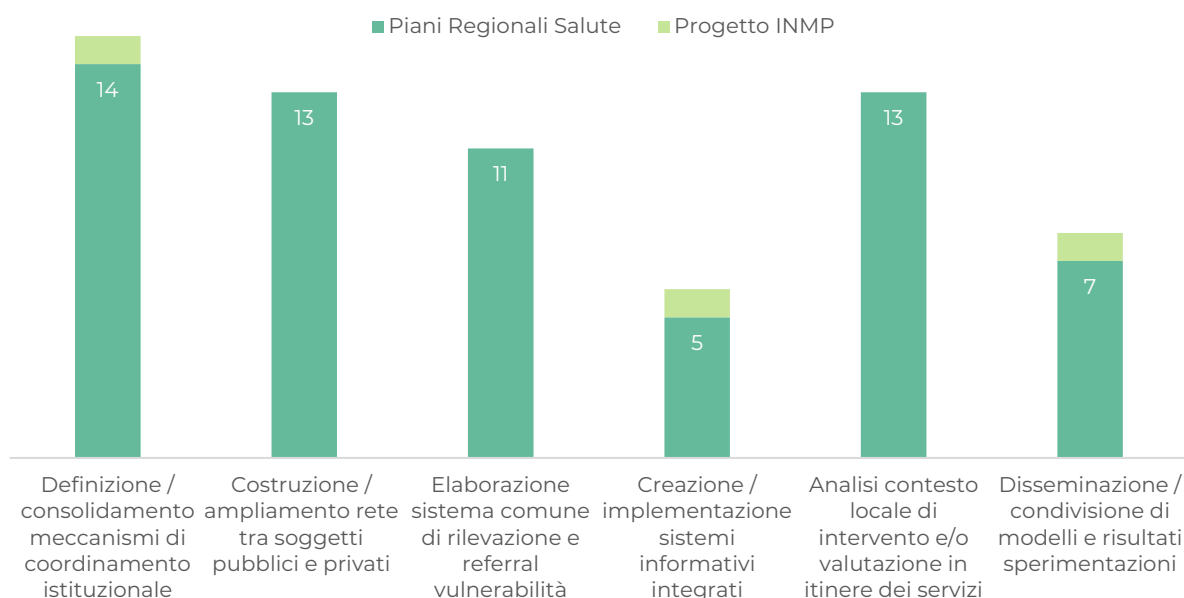
²⁶ Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 2012 riguardante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome"

evidente nelle fasi di transizione, ad esempio dalla prima alla seconda accoglienza o dal sistema di accoglienza ai servizi territoriali, dove l'assenza di informazioni aggiornate e condivise non soltanto compromette la continuità assistenziale, ma determina anche duplicazioni operative inefficienti, con un impiego subottimale delle risorse e ricadute dirette in termini di spreco di spesa pubblica.

La terza problematica individuata riguarda, infine, la **limitata conoscenza, da un lato, dei contesti di intervento e, dall'altro, delle sperimentazioni già avviate con successo sul territorio nazionale**. In molte Regioni emerge infatti una **mancanza di strumenti adeguati di analisi territoriale**, che non consente di disporre di dati aggiornati e dettagliati né sui fabbisogni effettivi del target di riferimento né sulle risorse sanitarie e socio-sanitarie concretamente disponibili. Questa insufficienza informativa rende complesso orientare in modo mirato la programmazione e calibrare le strategie di intervento sulle specificità dei singoli territori, ostacolando la costruzione di risposte realmente coerenti ed efficaci. In tale prospettiva, viene sottolineata la necessità di dotarsi di mappature dettagliate e costantemente aggiornate dei flussi migratori, dei profili di vulnerabilità e della capacità effettiva dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni emergenti, al fine di orientare efficacemente la pianificazione regionale e modulare in modo più appropriato l'offerta di interventi. Parallelamente, quasi tutte le Regioni – e, su scala nazionale, anche l'INMP – convergono nel rilevare un'ulteriore criticità: la mancanza di adeguati meccanismi di apprendimento condiviso che consentano di **valorizzare l'esperienza acquisita e disseminare modelli virtuosi di intervento**. Le progettualità sviluppate nel corso della precedente programmazione, ma non solo, hanno difatti dimostrato il potenziale delle pratiche di collaborazione interistituzionale e dei modelli integrati di presa in carico, ma la loro disseminazione rimane discontinua, spesso limitata ai territori che le hanno direttamente sperimentate. Questa frammentarietà rende difficile capitalizzare appieno i risultati conseguiti e trasferire su scala più ampia le buone pratiche consolidate, evidenziando il bisogno di una strategia strutturata di condivisione e disseminazione che permetta di trasformare le singole esperienze in patrimonio comune del sistema.

4.1.2. Azioni programmate

Grafico 17 - Attivazione delle azioni nell'ambito dell'intervento OS1.e)



Fonte: Elaborazione IZI su proposte progettuali

In risposta ai fabbisogni rilevati, i progetti finanziati nell'ambito dell'intervento OS1.e del PN FAMI 21–27 prevedono l'**attivazione di un ampio ventaglio di azioni**.

Il primo ambito d'intervento, direttamente connesso alle criticità di frammentazione precedentemente descritte, mira a migliorare la comunicazione, lo scambio informativo e il coordinamento operativo tra i diversi enti coinvolti a diverso titolo nella presa in carico dei RTPI, sia a livello intra- che inter-regionale. Ciò si sostanzia fondamentalmente in due tipologie di azioni che vengono promosse in misura più o meno evidente sul territorio nazionale. La prima riguarda **la definizione o il consolidamento di meccanismi formali di coordinamento istituzionale**: difatti, a livello regionale, ben 14 Piani su 17 prevedono l'attivazione di una qualche forma di confronto e collaborazione permanente tra attori pubblici impegnati nella presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza. Ciò si concretizza nei fatti nella definizione di veri e propri Tavoli di coordinamento istituzionali, declinati in Comitati di Pilotaggio (come nel caso del Piemonte) o Board (come nel caso dell'Emilia-Romagna), transregionali, regionali e territoriali, che favoriscono il raccordo stabile tra i diversi livelli di governance sanitaria, con il fine ultimo di pianificare e uniformare le strategie di intervento. A questo proposito, un esempio particolarmente virtuoso è costituito dal modello di governance multilivello sviluppato dalle Regioni coinvolte nel precedente progetto ICARE, poi ICARE2 (finanziato in prima battuta dai fondi europei emergenziali AMIF e poi dal PN FAMI 14-20), di cui si parlerà meglio in seguito (cfr. §4.2). In questo quadro, a livello nazionale, si inserisce inoltre anche l'affiancamento dell'INMP all'Autorità di Gestione all'interno dell'apposito Tavolo "Piani Regionali Salute" istituito presso il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione (DLCI). Questo spazio di confronto, riunitosi in maniera informale già prima della pubblicazione dell'Avviso e successivamente in forma ufficiale l'11 febbraio 2025, nasce con l'obiettivo di favorire proprio il dialogo diretto tra le Regioni, e tra queste ultime e le istituzioni centrali, promuovendo uno scambio strutturato di informazioni e l'integrazione dei servizi a livello territoriale. Il Tavolo rappresenta quindi un tassello importante nella costruzione di una governance multilivello realmente integrata, svolgendo un ruolo di raccordo tra i diversi sistemi regionali e contribuendo a rafforzare la coerenza complessiva dell'intervento sul territorio nazionale. Accanto alla dimensione istituzionale, si sviluppa poi la seconda tipologia di azioni che riguarda invece **lo sviluppo e l'ampliamento di reti che coinvolgono soggetti pubblici e privati, sanitari e socio-sanitari**, con l'obiettivo di integrare processi, competenze, servizi e responsabilità. Questa azione è presente a livello regionale in 13 Piani su 17 e può assumere forme differenti: in alcune Regioni, come Liguria e Umbria, tali soggetti vengono direttamente inclusi nei Tavoli istituzionali, favorendo così un approccio pienamente intersettoriale; in altri casi, come in Trentino, si sceglie invece di istituire strumenti ad hoc, come lo specifico "Tavolo degli Stakeholders", formalizzato per garantire un confronto plurale e continuativo tra tutti gli attori rilevanti.

Un secondo ambito d'intervento, collegato invece alla scarsa applicazione di modelli, protocolli e strumenti standardizzati, ha come obiettivo quello di promuovere una maggiore uniformità nelle procedure e prassi di presa in carico. In questo campo, una delle azioni più ricorrenti consiste nell'**elaborazione di Procedure Operative Standard (SOP) per la rilevazione precoce delle vulnerabilità ed il loro relativo referral**. Ciò si inserisce perfettamente nel solco di quanto già promosso a livello centrale dal Ministero dell'Interno attraverso la pubblicazione dell'apposito "*Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e di accoglienza*" che fornisce un quadro di riferimento unitario per l'azione dei servizi coinvolti. A livello regionale, 11 Piani su 17 prevedono esplicitamente interventi volti a tradurre le indicazioni nazionali in protocolli e strumenti operativi concreti, adattati alle specificità organizzative dei territori ma fondati su principi e criteri comuni. Tali interventi si articolano principalmente nella messa a punto di tre strumenti fondamentali:

1. l'elaborazione di una scheda unica di triage per la rilevazione delle vulnerabilità, spesso accompagnata dal relativo toolkit, applicabile, a seconda dei casi, negli eventi di sbarco o arrivo via terra/aereo, nelle attività di screening sanitario presso i centri di accoglienza o negli interventi di prossimità sul territorio;
2. la definizione di procedure condivise e la formalizzazione di protocolli specifici per l'invio ai servizi specialistici, differenziati in base alle diverse tipologie di vulnerabilità e di patologie riscontrate;
3. la redazione e la diffusione di Linee di indirizzo regionali, destinate ai centri della filiera dell'accoglienza, alle aziende sanitarie e ai servizi socio-assistenziali, con l'obiettivo di standardizzare gli interventi nei diversi contesti territoriali.

A supporto di questo processo di armonizzazione procedurale, viene poi portata avanti una seconda tipologia di azione: la **creazione o implementazione di sistemi informativi e database integrati**, che possano garantire un monitoraggio costante dei percorsi di cura attraverso il tracciamento delle fragilità rilevate e l'integrazione delle informazioni sanitarie provenienti da diversi livelli istituzionali. In questo ambito, però, solamente 5 Piani (quelli di Piemonte, Emilia-Romagna, Trentino, Puglia e Calabria) menzionano esplicitamente all'interno delle proposte progettuali una qualche forma di azione concreta. A tal riguardo, assume quindi un ruolo centrale l'INMP che, con il progetto nazionale TUTELAE, dedica un intero Work Package allo sviluppo della raccolta informatizzata dei dati sulla salute e sui bisogni speciali dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Il fulcro di questo intervento è l'evoluzione del sistema SAVe, una piattaforma informatica progettata per garantire la standardizzazione delle procedure di registrazione e trasmissione dei dati sanitari e di vulnerabilità dei migranti. Il lavoro dell'INMP si concentra in questo senso sia sull'adattamento della piattaforma ai diversi contesti di utilizzo e applicazione, sia sulla sua interoperabilità con i sistemi informatici già in uso nei territori, attraverso interventi infrastrutturali e di manutenzione evolutiva. In parallelo, è previsto un importante investimento nella formazione degli operatori del sistema di accoglienza, dei professionisti sanitari e dei servizi socio-sanitari, affinché l'utilizzo degli strumenti digitali sia omogeneo e integrato all'interno dei percorsi di presa in carico.

Infine, un ultimo ambito di azione, collegato alla limitata conoscenza dei contesti di intervento e alla necessità di valorizzare le sperimentazioni già avviate con successo, comprende un insieme di attività finalizzate a rafforzare la capacità di programmazione e pianificazione attraverso la possibilità di intraprendere decisioni informate. In quest'ottica, una prima tipologia di azioni molto comuni a livello regionale (13 Piani su 17) riguarda, da un lato, **l'analisi approfondita del contesto locale d'intervento**, non solo come mera raccolta dati ma come leva strategica per adattare gli interventi ai fabbisogni reali; e, dall'altro, **la valutazione in itinere dei percorsi attivati e della qualità dei servizi erogati**, intesa come componente essenziale di una governance adattiva. In Molise, ad esempio, viene proposta una vera e propria analisi dei bisogni di salute dei Cittadini di Paesi Terzi, attraverso la diffusione di questionari digitali multilingue (inglese, francese, arabo) nelle strutture CAS e SAI regionali e con l'aiuto di mediatori interculturali, al fine di aggiornare la mappatura dei fabbisogni e colmare lacune conoscitive che potrebbero impedire l'implementazione di azioni coerenti con le criticità effettivamente riscontrate. Le Marche, invece, adottano un approccio maggiormente orientato alla valutazione dell'impatto, prevedendo un'analisi specifica degli esiti delle azioni progettuali rivolte alla sperimentazione di forme di abitare condiviso, per calibrare soluzioni innovative in grado di rispondere meglio alle esigenze peculiari dei destinatari. Accanto a queste azioni conoscitive e valutative, una seconda linea di intervento (presente in 7 Piani) mira invece alla **disseminazione e condivisione dei risultati delle sperimentazioni**. Questa attività prevede, in alcuni territori (come Piemonte ed Emilia-Romagna), la produzione e pubblicazione di veri e propri Policy Paper contenenti indicazioni operative per la messa a sistema delle buone pratiche sperimentate; oppure, in altri casi (come Toscana e Molise), la produzione di valutazioni finali o d'impatto delle attività progettuali per l'eventuale esportazione dei risultati anche su altri territori regionali. In questo quadro, si inserisce anche il progetto dell'INMP, che dedica un intero Work Package all'identificazione e alla diffusione delle buone prassi territoriali, con l'obiettivo di favorirne la trasferibilità e l'adozione da parte delle diverse Regioni. L'Istituto prevede, a questo scopo: a) la somministrazione periodica di questionari alle Regioni per rilevare modalità e strumenti di presa in carico delle vulnerabilità; b) l'organizzazione di incontri dedicati con i coordinatori dei Piani Regionali su temi di interesse condiviso; c) la condivisione periodica delle buone prassi individuate; d) la sistematizzazione delle risultanze in un report intermedio e in un report finale destinati alla disseminazione nazionale, al fine di supportare le Regioni nelle attività di programmazione.

Nel loro insieme, quindi, tutti questi ambiti di azione configurano un percorso virtuoso che dovrebbe andare ad agire nella direzione di una progressiva costruzione di un **sistema di governance multilivello capace di garantire una presa in carico equa, omogenea ed informata delle vulnerabilità psico-fisiche dei migranti in condizioni di vulnerabilità sul territorio**. I Piani Regionali Salute sembrano infatti agire positivamente nella direzione di un ampliamento degli spazi di raccordo finalizzati a superare la frammentazione che tradizionalmente caratterizza le iniziative territoriali, migliorando la comunicazione, lo scambio informativo e il coordinamento operativo tra i diversi enti coinvolti nella presa in carico dei RTPI e compiendo passi in avanti sul piano della standardizzazione

delle procedure e dei protocolli di intervento. A fronte dei progressi compiuti, occorre tuttavia rilevare come le azioni programmate si collochino prevalentemente su un livello intraregionale che, sebbene rappresenti un passaggio imprescindibile verso l'armonizzazione delle pratiche, risulta ancora parziale, lasciando aperta la necessità di un ulteriore sforzo di coordinamento e integrazione a livello nazionale. A tal proposito, inoltre, il gap conoscitivo relativo alle condizioni di vulnerabilità e ai bisogni sanitari della popolazione accolta (cfr. §2), confrontato con il fatto che solo pochi progetti hanno programmato attività in questo ambito, suggerisce di incentrare ancor di più gli sforzi sulla costruzione di un sistema informativo integrato a livello nazionale, che permetta di monitorare i dati di salute della popolazione destinataria in maniera sistematica e continuativa.

4.2.UNO SGUARDO TERRITORIALE

Le azioni programmate legate alla dimensione della governance multilivello dei tre progetti individuati come casi studio, secondo la metodologia precedentemente descritta (cfr. §1), vengono analizzate di seguito. La Tabella 7, mostra una sintesi degli ambiti di intervento rilevati a partire dalla documentazione progettuale e dalle interviste effettuate nell'analisi dei progetti pERsone (prog-248) in Emilia-Romagna, Fari4Lazio (prog-493) nel Lazio e M.I.S.CA (prog-603) in Campania.

Tabella 7 - Ambiti progettuali rilevati nei tre casi studio inerenti alla dimensione della governance

| CASI STUDIO | Definizione/ consolidamento di meccanismi di coordinamento istituzionale | Sviluppo/ ampliamento di una rete tra soggetti pubblici e privati sanitari e socio-sanitari | Elaborazione di un sistema comune di rilevazione e referral delle vulnerabilità | Creazione o implementazione di sistemi informativi integrati | Analisi del contesto locale e/o valutazione in itinere dei percorsi e della qualità dei servizi | Disseminazione e condivisione di modelli e risultati delle sperimentazioni |
|------------------------|--|---|---|--|---|--|
| PROG-248 pERsone | | | | | | |
| PROG-493 FARI4LAZIO | | | | | | |
| PROG-603 M.I.S.CA | | | | | | |

Fonte: Elaborazione IZI su informazioni da Piani Regionali Salute

L'analisi evidenzia l'emergere di un modello di governance multilivello, finalizzato a consolidare forme permanenti di confronto e collaborazione tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico delle vulnerabilità dei migranti inseriti nei sistemi di accoglienza. Si tratta di un sistema "connesso, integrato e di altissimo dialogo", capace di sostenere l'intercettazione precoce delle vulnerabilità e di assicurare uniformità nei percorsi di cura. Nonostante la specificità dei contesti regionali e la diversità dei partenariati, i tre casi studio convergono nel tentativo di strutturare dispositivi formali e continuativi di coordinamento, configurando **un'architettura organizzativa che va oltre la dimensione progettuale e tende a istituzionalizzarsi**. In questo processo, i progetti pERsone e Fari4Lazio risultano in uno stadio di sistematizzazione organizzativa più avanzato e assestato, forti di una governance multilivello la cui costruzione è iniziata in precedenti progettualità, in particolare ICARE1 e ICARE2.

4.2.1. Coordinamento istituzionale e rete territoriale

Elemento strutturante comune a pERsone e Fari4Lazio è, in questo senso, la presenza di meccanismi di coordinamento istituzionale articolati su tre piani – territoriale, regionale e interregionale – che consente una gestione integrata e coerente delle attività.

A **livello territoriale**, i due progetti attribuiscono ai tavoli locali un ruolo operativo centrale. In Emilia-Romagna i "board" territoriali sono 8, uno per ogni Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) partner di progetto, sono formalizzati tramite delibere delle stesse AUSL, e rappresentano luoghi di co-programmazione governati dalle

AUSL di riferimento con il coinvolgimento di vari interlocutori territoriali, tra cui i servizi sanitari (ASP), gli Enti locali, gli enti gestori dei centri CAS e SAI, le Prefetture e realtà del privato sociale più vicine al mondo della marginalità e degli stranieri. Nei tavoli si affrontano le emergenze quotidiane, eventuali problematiche legate agli arrivi di migranti, la condivisione di casi complessi, e più in generale la programmazione delle attività rispetto a quelli che sono i bisogni di organizzazione dei percorsi e dei servizi o alle esigenze territoriali che non sono ancora state coperte. Le attività dei tavoli locali, che si riuniscono periodicamente a seconda delle esigenze territoriali, risultano piuttosto omogenee tra i diversi contesti provinciali. L'unica eccezione rispetto alle attività dei tavoli è rappresentata dall'area della Romagna, dove le specificità operative dipendono principalmente dall'ampiezza dell'AUSL, che copre tre province (Ravenna, Cesena-Forlì e Rimini), a differenza delle altre AUSL organizzate su base provinciale (ad eccezione della provincia di Bologna divisa in AUSL di Bologna e Imola). In Fari4Lazio, i tavoli locali o "gruppi di lavoro aziendali" sono 9, anche qui uno per ogni ASL partner di progetto a copertura di tutto il territorio regionale, ad eccezione per la ASL Roma 5, che non è aderente al progetto come partner ma partecipa, comunque, ad alcune delle attività, come ad esempio la formazione a cascata²⁷. I tavoli si riuniscono trimestralmente e assumono funzioni simili a quelle dei tavoli locali del progetto pERsone, coordinando le attività intersettoriali con Prefetture, Enti locali, enti gestori dei centri di accoglienza e altri stakeholder territoriali.

In entrambi i progetti, il **livello regionale** svolge la funzione di presidio strategico, coordinamento e costante monitoraggio dell'andamento progettuale nel suo complesso. In Emilia-Romagna il board regionale, che comprende le varie articolazioni organizzative della Regione sul tema migranti e un referente per ogni AUSL, si riunisce nella pratica più frequentemente di quanto pianificato a livello progettuale, orientativamente una volta al mese a seconda delle criticità che emergono dal territorio (a volte anche con formula *one-to-one* con una singola AUSL), e ogni sei mesi con gli enti gestori dei centri di accoglienza, attraverso un tavolo di raccordo con il sistema SAI gestito dall'ANCI Emilia-Romagna. Tale board definisce gli obiettivi comuni, gli indirizzi di lavoro delle diverse AUSL e garantisce un approccio omogeneo ai percorsi sociosanitari, seppur mantenendo le specificità territoriali. Nel Lazio, il board regionale comprende tutti i partner di progetto e le direzioni regionali competenti - ovvero la Direzione Generale salute e integrazione sociosanitaria e la Direzione per l'inclusione sociale - ed è aperto anche agli stakeholder territoriali. Si riunisce con cadenza trimestrale come i gruppi di lavoro aziendali. Anche Fari4Lazio prevede un tavolo di raccordo con il sistema SAI coordinato da ANCI Lazio. Gli incontri del board consentono la gestione tecnico-scientifica del progetto con la funzione di coordinamento, controllo e monitoraggio delle attività, nonché la definizione delle procedure per garantire l'adeguata assistenza ai destinatari diretti.

Infine, la **dimensione interregionale** si configura come il livello di scambio di buone pratiche e confronto su temi emergenti nell'ambito della tutela della salute dei RTPI. Questo tavolo si riunisce semestralmente ed è costituito dai referenti di progetto ed esperti su determinati ambiti di azione (ad es. salute pubblica, salute mentale, settore territoriale e ospedaliero, accesso al SSN, medicina specialistica) delle Regioni partner dei precedenti progetti ICARE e ICARE2, ovvero Emilia-Romagna, Lazio, Toscana e Sicilia. A questo nucleo si sono aggiunti successivamente i referenti dei Piani regionali salute di Campania, Lombardia e Veneto, e importanti stakeholder a livello nazionale come il Ministero della Salute e l'INMP.

Il progetto M.I.S.CA presenta una governance articolata diversamente rispetto agli altri due casi studio, in quanto include in modo strutturato nel partenariato enti del terzo settore (ETS), che già avevano collaborato con il precedente progetto "Pending" (PN FAMI 14-20). Tale scelta risponde alla necessità di disporre di competenze operative - in particolare mediazione culturale, capillarità territoriale e flessibilità di intervento - difficilmente garantibili dal solo sistema pubblico. Il terzo settore supporta le ASL del partenariato sia sul piano tecnico, sia sul piano della continuità della relazione con i territori e i centri di accoglienza, assumendo un ruolo che va oltre la semplice esecuzione delle attività e che sostiene le ASL nel mantenere la coerenza logica di questo progetto all'interno della molteplicità di progettazioni e attività ordinarie che coinvolgono il personale delle ASL. Nello specifico, ad ognuno dei tre ETS partner di progetto sono assegnati due distretti sanitari di competenza: Cidis impresa sociale opera su ASL Caserta e ASL Napoli 2 Nord, Consorzio La Rada su ASL Napoli

²⁷ L'ASL Roma 5 copre un'area che comprende i distretti sanitari di Monterotondo, Guidonia, Tivoli, Subiaco, Palestrina e Colferro. È comunque ricompresa all'interno del territorio provinciale della Città Metropolitana di Roma Capitale.

3 Sud e ASL Salerno, e IPRS su ASL Napoli 1 e Benevento. Il progetto quindi copre gran parte del territorio regionale campano, ad eccezione della provincia di Avellino (ASL Avellino).

I **tavoli di lavoro territoriali** sono lo strumento principale della governance, a cui si affianca il tavolo di confronto interregionale già menzionato. Per ogni coppia di territori gestiti dagli ETS partner, sono previsti quattro tavoli territoriali all'anno (12 durante tutto l'arco del progetto), insieme alle ASL, le Prefetture, i Comuni (referenti SAI adulti e minori) e i referenti dei Piani di Zona²⁸. Questi hanno l'obiettivo di costruire una *vision* "accomunante" rispetto all'esigenza complessa di salute posta dall'utenza immigrata, definendo modelli e procedure comuni di presa in carico sociosanitaria integrata specifici per il miglioramento dei servizi territoriali, a partire dall'analisi delle prassi in vigore nei diversi territori e da una lettura dei bisogni condivisa con gli enti gestori. I tavoli intendono inoltre contribuire a far adottare canali di comunicazione permanenti per uno scambio continuo delle informazioni. Il progetto adotta anch'esso **momenti di confronto interregionale** partecipando a un doppio livello di scambio: da un lato, gli incontri del Tavolo di confronto precedentemente menzionato, finalizzati ad individuare punti di contatto e possibili convergenze tra i diversi Piani Regionali Salute; dall'altro, tavoli dedicati alle regioni del Sud Italia (Sicilia, Puglia, Calabria e Basilicata) impegnate nelle progettualità afferenti all'attuale Programma Su.Pr.Eme. 2²⁹.

I tre casi studio presentano poi una **rete territoriale che si estende oltre il nucleo dei partner formali**, caratterizzata da una crescente inclusione di soggetti eterogenei e dall'obiettivo di rendere i servizi sanitari e socio-sanitari realmente integrati rispetto ai bisogni complessi dei RTPI. In Emilia-Romagna, Lazio e Campania, i progetti tramite i tavoli territoriali hanno creato o ampliato spazi di collaborazione tra istituzioni pubbliche (Enti locali, Prefetture), enti gestori dell'accoglienza, terzo settore e servizi specialistici, superando la frammentazione che tradizionalmente caratterizzava l'intervento sul territorio. L'ampliamento della rete consente di allineare processi e flussi informativi, ma soprattutto di creare un dialogo stabile con gli attori dell'accoglienza, che da interlocutori episodici diventano partner attivi e collaborativi. I progetti dei Piani Regionali Salute hanno infatti contribuito a superare la percezione di istituzioni separate, generando una rete che si auto-alimenta e si amplia progressivamente includendo associazioni del territorio. Gli incontri periodici con la parte esterna al partenariato costituiscono un'infrastruttura dinamica che favorisce lo scambio di competenze e la gestione congiunta delle vulnerabilità.

4.2.2. Procedure comuni, sistemi informativi, analisi e disseminazione

Con l'obiettivo di garantire equità e uniformità di trattamento, **Emilia-Romagna e Campania mostrano un'evoluzione verso sistemi strutturati e condivisi di rilevazione delle vulnerabilità**, convergendo nell'adozione di procedure comuni di rilevazione precoce e *referral* delle fragilità dei RTPI all'interno dei propri territori regionali, sebbene i modelli/protocolli di emersione e segnalazione siano strutturati diversamente. Il progetto **pERsone** ha standardizzato a livello regionale il percorso di primo accesso e l'iter di screening sanitario per i RTPI inseriti nei circuiti di accoglienza e il *referral* dal primo al secondo livello di presa in carico, quello specialistico. Per l'emersione utilizza come riferimento principale una "scheda di valutazione psicologica, psichiatrica, violenze subite e dipendenze patologiche" conforme alle indicazioni di rilevazione delle vulnerabilità fornite dal Ministero dell'Interno, e integrata direttamente nella cartella clinica informatizzata regionale. **M.I.S.CA** ha costruito progressivamente una procedura condivisa di segnalazione attraverso la scheda unica di segnalazione e un fascicolo di presa in carico – diario di bordo degli interventi, diffusi a tutti i partner e alla rete dei servizi territoriali, quindi i centri di accoglienza e i servizi sanitari, sociali e afferenti al terzo settore. La scheda di segnalazione è stata elaborata congiuntamente da tutti i partner ed è derivata in parte dalle esperienze pregresse (cfr. progetto "Pending"). Pur essendo un approccio che utilizza di meno la digitalizzazione, la logica di omogeneizzazione è simile: fornire a tutti i servizi e ai partner territoriali uno strumento unico per individuare

²⁸ I Piani di Zona sono strumenti di pianificazione strategica locale per i servizi sociali e sociosanitari, coordinati dalla Regione Campania e attuati a livello di Ambiti Territoriali, che coinvolgono Comuni, ASL e Terzo Settore per rispondere ai bisogni specifici del territorio.

²⁹ Su.Pr.Eme.2 si inserisce nell'ambito del Programma Nazionale di Prevenzione e contrasto al lavoro sommerso e al fenomeno del caporalato del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed è attualmente finanziato dal PN FAMI 21-27 – Obiettivo Specifico 2 Migrazione legale e Integrazione e dal PN Inclusione e lotta alla povertà FSE+ 21-27 – Priorità 1 Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà.

indicatori di vulnerabilità sanitaria, psicologica, sociale e legale. Il progetto ha inoltre definito modalità comuni di attivazione (email dedicate a cui inviare la segnalazione, piattaforme digitali come JotForm, QR code per le unità mobili) e una scala di urgenza che orienta la presa in carico da parte delle équipe multidisciplinari. Sebbene tali protocolli non siano ancora universalmente utilizzati da tutti i servizi territoriali, il lavoro di formazione e accompagnamento fornito dal progetto sta lentamente favorendo la convergenza verso un modello uniforme.

La rilevazione precoce avviene in momenti diversi nei due modelli, ma sempre con una logica condivisa di intercettazione su più livelli. In **Emilia-Romagna** l'emersione è collocata principalmente nel primo accesso sanitario, orientativamente entro dieci giorni dall'arrivo nel territorio, momento in cui le AUSL conducono lo screening della salute fisica e mentale con équipe multidisciplinari. La rilevazione iniziale è riconosciuta come necessaria ma non sempre sufficiente, poiché le fragilità psicosociali possono emergere in tempi successivi. Per questo il progetto ha coinvolto sia operatori sanitari sia operatori dei centri di accoglienza, fornendo loro strumenti per riconoscere segni tardivi di disagio e attivare ulteriori valutazioni. È inoltre attivo un ambulatorio di psicologia clinica per l'emersione delle vulnerabilità dei RTPI, come quello della provincia di Parma, dove si offre ai migranti la possibilità, previo appuntamento, di un colloquio individuale gratuito con un professionista sanitario, alla presenza di un mediatore, con l'obiettivo di valutare il suo stato di benessere e capire come offrire supporto. L'attività è organizzata in collaborazione con i centri di accoglienza presenti sul territorio. In **Campania**, M.I.S.CA struttura la rilevazione come processo ramificato: l'emersione può avvenire attraverso le ASL, il circuito di accoglienza, e le unità mobili che si muovono anche nei luoghi informali frequentati dai migranti più vulnerabili. L'azione dell'unità mobile consente di individuare persone che non intercettano spontaneamente i servizi sanitari o che vivono ai margini del sistema di accoglienza, ampliando la capacità di screening territoriale. In questo senso, la Campania ha sviluppato un modello più orientato all'*outreach*, mentre l'Emilia-Romagna presenta una struttura più istituzionalizzata e formalizzata all'interno del sistema sanitario.

In **Fari4Lazio** la segnalazione avviene tramite le schede anagrafiche del progetto FAM1 e una scheda specifica, che tiene conto delle indicazioni contenute nel Vademecum vulnerabilità del Ministero dell'Interno, elaborata dal progetto per monitorare la presenza di fragilità nei centri di accoglienza e l'efficacia del *referral* verso i servizi territoriali. Questo strumento permette di analizzare il flusso delle segnalazioni e individuare eventuali criticità di presa in carico. Le vulnerabilità emergono principalmente attraverso tre canali. I Tavoli Vulnerabilità delle Prefetture rappresentano il luogo istituzionale più rilevante, dove ASL, enti locali e gestori dei CAS/SAI condividono segnalazioni e situazioni critiche. Un secondo canale è costituito dalle Commissioni Territoriali per la Protezione Internazionale, che utilizzano una scheda di *referral* per inviare ai servizi territoriali i RTPI con bisogni emersi in audizione. A questi si aggiunge l'azione delle unità mobili, che intercettano vulnerabilità nei centri di accoglienza, negli insediamenti informali e nei luoghi di lavoro stagionale, svolgendo screening, orientamento e invio ai servizi. Il percorso di *referral* segue il principio della territorialità: i casi sono inviati ai servizi più appropriati (consultori, CSM, servizi minori, ecc.), anche attraverso invii verso un ASL diversa, quando necessario.

Per quanto riguarda invece la creazione o implementazione di sistemi informativi integrati, la **cartella migranti informatizzata sviluppata dall'Emilia-Romagna costituisce uno strumento particolarmente interessante che consente di monitorare in modo continuativo i percorsi di cura dei migranti**, garantendo la tracciabilità delle fragilità sanitarie e l'integrazione dei dati tra diversi livelli istituzionali. Il sistema deriva e si ispira alla piattaforma SAVe dell'INMP implementata nei percorsi dei precedenti progetti ICARE, ma è stato adattato alle esigenze dei servizi sanitari territoriali della Regione Emilia-Romagna, includendo percorsi clinici strutturati come screening, salute mentale e valutazioni sanitarie specifiche. La cartella viene aperta al primo accesso del migrante e accompagna l'intero percorso di presa in carico, fino al passaggio al medico di medicina generale, che può accedere allo storico clinico senza perdita di informazioni. Questa continuità documentale evita duplicazioni di esami, interruzioni nei percorsi di cura e dispersione di dati, specialmente nei frequenti spostamenti dei migranti tra province o centri di accoglienza. Il sistema è interoperabile a livello regionale, pur nel rispetto dei vincoli imposti dal GDPR³⁰: le AUSL possono verificare l'esistenza di una cartella attiva associata a un paziente e trasferirne la gestione, recuperando il pregresso clinico. Ciò consente un monitoraggio costante delle condizioni di salute del

³⁰ Regolamento (UE) n. 2016/679, "General Data Protection Regulation"

migrante, offrendo ad ogni operatore sanitario una visione completa e aggiornata delle fragilità rilevate, oltre a garantire continuità assistenziale, utilizzo efficiente delle risorse e accuratezza degli interventi sanitari.

L'integrazione con i servizi del territorio è ulteriormente rafforzata dall'**informatizzazione dei processi amministrativi**, come nel caso della provincia di Ferrara, dove il rilascio del codice STP avviene tramite collegamento diretto tra CAS e anagrafe sanitaria. Questa connessione favorisce un accesso immediato alle cure, permette l'inserimento tempestivo dei dati clinici e riduce i tempi in cui la persona potrebbe risultare scoperta dal sistema sanitario.

Infine, tutti i progetti prevedono una governance che consente un flusso di informazioni tra i diversi livelli e la circolazione delle buone pratiche, che rende la disseminazione integrata nel modello stesso di gestione del progetto. In Emilia-Romagna, pERsone prevede anche la **redazione di un policy paper finale, uno strumento di sistematizzazione dei risultati per condividere modelli organizzativi, evidenze derivate dalle sperimentazioni e indicazioni utili per la replicabilità delle pratiche**. Il documento diviene così un dispositivo di trasferimento interregionale dei risultati e, al tempo stesso, uno strumento di advocacy verso gli organismi centrali, con l'obiettivo di favorire un miglioramento sistemico dei percorsi di accoglienza e assistenza sanitaria.

4.2.3. Elementi chiave emersi

In conclusione, i Piani Regionali Salute hanno permesso di **fornire una cornice più strutturata, solida e riconoscibile all'azione sanitaria e sociosanitaria dedicata ai RTPI**, che orienta anche soggetti esterni al sistema sanitario, come enti locali e prefetture, stimolandoli a rimanere all'interno di percorsi di collaborazione. In pERsone e Fari4Lazio, la progettazione ha prodotto una **legittimazione istituzionale delle équipe multidisciplinari**, rafforzandone il ruolo all'interno delle aziende sanitarie e rendendole un riferimento stabile per la presa in carico della popolazione migrante. Questa riconoscibilità ha favorito la costruzione di reti professionali e interaziendali che vanno oltre la singola progettualità, generando capitale relazionale, continuità operativa e un senso di appartenenza condiviso legato alle azioni di tutela della salute dei migranti. Un ulteriore punto di forza risiede nell'**impianto di governance "a cascata"**, che assicura un raccordo costante tra livello regionale, aziende sanitarie e territori. Il coordinamento regionale, soprattutto quando esercitato direttamente all'interno della struttura della Regione e non delegato completamente a una ASL, consente di garantire coerenza strategica, alleggerendo le ASL da una parte rilevante del carico organizzativo e gestionale.

Emergono criticità laddove la **forte eterogeneità dei livelli di esperienza e maturità delle ASL** di una determinata regione sul tema dell'immigrazione rendono difficoltosa un'attuazione omogenea delle attività. In iniziative ambiziose come il progetto M.I.S.CA, le differenze pregresse tra i distretti sanitari e i loro contesti territoriali e il fatto di essere la prima esperienza progettuale che coinvolge quasi tutte le ASL del territorio regionale, incidono sulla capacità di allineamento operativo, sulla standardizzazione delle attività e sulla raccolta e analisi dei dati. I processi di monitoraggio e confronto multilivello richiedono tempi di rodaggio, soprattutto nelle fasi iniziali. In questo quadro, il contributo del Terzo Settore appare rilevante nel garantire continuità e accompagnamento tra sistema sanitario e territorio, ma richiede una governance capace di integrare stabilità programmatica e capacità adattiva. Un'ulteriore criticità riguarda il rischio di **assetti di governance troppo rigidi**, soprattutto per quanto riguarda i tavoli territoriali, in un contesto caratterizzato da elevata dinamicità, come quello dei flussi migratori e dei soggetti gestori coinvolti. La necessità di formalizzare le figure dei board e tavoli territoriali deve essere bilanciata con un adeguato grado di flessibilità, per consentire adattamenti rapidi ai cambiamenti del contesto.

5. INDIVIDUAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO DELLE VULNERABILITÀ

5.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE

5.1.1. Fabbisogni presenti sul territorio

L'**individuazione precoce e la presa in carico vera e propria delle vulnerabilità psico-fisiche dei RTPI** costituisce il fulcro nevralgico dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e) del PN FAMI 21-27. Come già evidenziato, i migranti forzati presentano vissuti e traiettorie migratorie differenti, che li rendono portatori di specifiche fragilità fisiche e psichiche che richiedono livelli di tutela elevati sul piano sanitario, sociosanitario e sociale. Queste fragilità possono essere riconducibili a un bagaglio di traumi, subiti tanto nel contesto di provenienza che durante il tragitto migratorio, che rende oltremodo complessa e articolata la loro presa in carico. Gli RTPI sono infatti persone costrette ad abbandonare i propri Paesi di origine per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne, a contesti di violenza generalizzata per guerre o conflitti civili e a situazioni disastrose di crisi socioeconomica o di altra natura. A queste esperienze si vanno a sommare poi percorsi migratori lunghi e altamente rischiosi caratterizzati, oltre che dallo stress continuato e quotidiano legato alla lotta per la sopravvivenza, da esperienze di vita estreme legate a situazioni di sfruttamento, traffico, privazione, violenze intenzionali e impossibilità di essere curati. L'esposizione prolungata a tali fattori di rischio può avere conseguenze significative sulla salute e sul benessere individuale, favorendo l'insorgenza di disturbi psicologici e fisici o la cronicizzazione di patologie preesistenti di altra natura³¹, tanto da mettere in discussione l'assoluta applicabilità del cosiddetto "*Healthy Migrant Effect*" alla popolazione RTPI³² (cfr. §2). L'aumento, negli ultimi anni, del numero di persone portatrici di queste vulnerabilità nel sistema di accoglienza, ma non solo, ha avuto un impatto diretto anche sui servizi sanitari regionali, che non sempre si trovano preparati ad affrontare la complessità dei fabbisogni incontrati.

Nel quadro delineato dalla Teoria del Cambiamento ricostruita nel terzo capitolo, le problematiche rilevate sul territorio nella dimensione dell'individuazione e presa in carico vera e propria delle vulnerabilità, possono essere ricondotte a quattro macro-ambiti di fabbisogno:

1. L'**individuazione tardiva o mancata delle vulnerabilità fisiche e psicosociali** riconducibile a barriere e criticità di varia natura;
2. La **presenza di bisogni psico-sanitari complessi**, che richiedono competenze professionali integrate, approcci multidisciplinari e percorsi di cura specializzati;
3. La **frammentazione e scarsa specializzazione della presa in carico rispetto ai bisogni specifici di alcuni target**, con una disomogeneità territoriale nella disponibilità di servizi dedicati;

³¹ Cfr. WHO, *World report on the health of refugees and migrants*, Geneva, 2022; WHO, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*, Copenhagen, 2018

³² Sulla complessità nell'applicare *tout court* il c.d. "*Healthy Migrant Effect*" alla popolazione RTPI si veda, tra gli altri: Chaohui Lu e Edward Ng, *Healthy immigrant effect by immigrant category in Canada*, Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X • Health Reports, Vol. 30, no. 4, pp. 3-11, Aprile 2019; Alexander Domnich, Donatella Panatto, Roberto Gasparini, Daniela Amicizia, *The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today?*, Italian Journal of Public Health (IJPH), Volume 9, Number 3, 2012; Alessandro Ferrara, *A Refugee Health Paradox? Self-Reported Health Trajectories of Refugees and Immigrants in Germany*, Volume 51, Issue 4, pp. 1377-1401, Dicembre 2025

4. L'eccessiva "medicalizzazione" del disagio sociale e il rischio di cronicizzazione e ricadute delle patologie durante il processo di recovery.

Dalle analisi condotte sui Piani Regionali – confermate dalle testimonianze raccolte e dalla letteratura in materia, emerge con forza **la difficoltà di riconoscere tempestivamente gli indicatori di sofferenza psicologica o sanitaria, che può portare alla cronicizzazione e aggravamento delle vulnerabilità nel tempo**. Ciò è vero sia per quanto riguarda le malattie croniche, la cui rilevazione precoce è certamente anche influenzata dalla capacità diagnostica del sistema sanitario nel Paese di origine, sia per quanto riguarda le patologie infettive e di altra natura, che hanno bisogno dell'implementazione di sistemi di screening e triage adeguati, sia al momento dell'arrivo sia nelle diverse fasi che caratterizzano il processo di integrazione sul territorio³³. Per quanto riguarda il **sistema di accoglienza**, è stato riferito come le strutture riescano ad intercettare solamente la "punta dell'iceberg" delle vulnerabilità presenti, trovando difficoltà invece ad individuare tutto quell'ampio insieme di bisogni "sommersi" che si presentano in forma latente o sub-clinica. In questo senso, vengono da più parti menzionate le grandi dimensioni dei centri d'accoglienza e la loro collocazione in aree periferiche o nelle aree rurali interne come barriere che rendono difficile l'individuazione delle fragilità e il successivo accesso ai servizi sanitari. Inoltre, è stato segnalato come le recenti riforme³⁴, che hanno escluso dalla prima accoglienza l'erogazione, tra gli altri, dei servizi di supporto psicologico e di assistenza sociale qualificata, abbiano di fatto reso ancora più difficile intercettare le vulnerabilità nella fase iniziale dell'accoglienza, proprio quando si concentrano i maggiori fattori di stress³⁵. La situazione diventa ancora più critica nel caso degli **insediamenti informali**, tanto urbani quanto rurali, in cui spesso si trovano a risiedere i RTPI fuoriusciti dal sistema di accoglienza, dove l'isolamento territoriale e la presenza di condizioni di vita precarie (baraccopoli, sovraffollamento, assenza di servizi igienici e riscaldamento, etc.) si traducono in situazioni "ad alto rischio socio-sanitario"³⁶. In questi contesti, i soggetti più vulnerabili risultano spesso totalmente esclusi dai percorsi di cura: ciò è confermato anche dalle testimonianze raccolte sul campo che hanno descritto, in particolar modo per quanto riguarda le aree collegate al lavoro agricolo nel Sud Italia (es. Foggia, Rosarno, Ragusa, etc.), una condizione di fragilità estrema in cui, alla precarietà abitativa e allo sfruttamento lavorativo, si aggiungono ulteriori fattori che rendono ancora più complesso l'accesso al sistema sanitario. I numerosi richiedenti asilo che si spostano verso il Sud per svolgere lavoro stagionale, spesso in condizioni di irregolarità, risultano frequentemente iscritti – quando lo sono – al Servizio Sanitario di altre Regioni e, di conseguenza, privi di un medico di medicina generale; a ciò si aggiungono l'assenza di trasporti, la distanza dai centri abitati e l'incompatibilità tra gli orari di lavoro e quelli degli ambulatori, che aggravano ulteriormente la situazione e ostacolano l'accesso anche a visite specialistiche o a interventi per traumi legati al lavoro agricolo – tutt'altro che rari in un settore caratterizzato da un'elevata rischiosità, ulteriormente aggravata da condizioni di sfruttamento e caporalato.

Alla necessità di individuare tempestivamente le vulnerabilità segue un fabbisogno altrettanto cruciale: quello di **garantirne un'adeguata presa in carico, che sia cioè realmente in grado di rispondere alla complessità dei bisogni psico-sanitari dei richiedenti e titolari di protezione internazionale**. Sebbene sia difficile generalizzare, a causa della diversità di provenienza, dei contesti di vita e delle specificità anche dei contesti territoriali di rilevazione, le analisi condotte consentono comunque di individuare alcune problematiche di salute ricorrenti tra i migranti forzati, sintetizzate nel Box 1. Tali problematiche si configurano frequentemente come profili di fragilità multipli e stratificati, derivanti dall'interazione tra determinanti individuali e sociali e strettamente connessi alle condizioni di vita pre-, durante e post-migratorie. Al loro interno, i disturbi mentali destano

³³ Si veda, tra gli altri: INMP, ISS, SIMM, *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospitati nei centri di accoglienza*, aggiornamento giugno 2023; European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC, *Public health guidance on screening and vaccination for migrants*, 2018

³⁴ D.L. n. 20/2023, convertito in L. n. 50/2023

³⁵ Cfr. Openpolis e ActionAid, *Accoglienza al collasso. Report 2024*, 2025

³⁶ Si veda, tra gli altri: MSF, *Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale*, 2016; MEDU e UNHCR, *Margini. Rapporto sulle condizioni socio-sanitarie di migranti e rifugiati negli insediamenti informali della città di Roma*, 2022; MLPS e ANCI-Cittalia, *Condizioni abitative dei migranti che lavorano nel settore agroalimentare*, 2022; Verona A., Pinna E., *La condizione sociosanitaria delle persone dimoranti negli insediamenti informali della provincia di Foggia assistite nel 2022 da INTERSOS*, In: Da Cas R, Morciano C (Ed). *La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria*. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):6-13

particolare preoccupazione³⁷: questi rappresentano infatti una delle aree di bisogno più critiche e in crescita e richiederebbero la presenza di risposte altamente specializzate e tempestive. Ciò si scontra però con una marcata insufficienza di posti nei SAI DM-DS (cfr. §2), con conseguente sovraccarico dei servizi ordinari, i quali riscontrano però a loro volta una debolezza strutturale, come tempi di attesa molto lunghi per le visite psicologiche e psichiatriche (anche 8–10 mesi secondo gli operatori) ed una limitata capacità di adottare approcci culturalmente sensibili nella presa in carico della popolazione migrante (cfr. §6.1). Analogamente, la gestione delle patologie croniche e infettive richiede un forte investimento in termini di orientamento sanitario e continuità delle cure, soprattutto per le persone che arrivano con terapie già in corso – come nel caso dei trattamenti antiretrovirali – e che sono esposte al rischio di interruzioni. A ciò si aggiungono le condizioni fisiche acute legate a esperienze traumatiche, subite sia durante il viaggio migratorio sia dopo l'arrivo, che necessitano di percorsi di cura dedicati e di un'attivazione tempestiva, spesso ostacolata dalla scarsa disponibilità o accessibilità dei servizi. Di fronte a questa pluralità di bisogni, emerge quindi con evidenza dai progetti finanziati la necessità di costruire percorsi di presa in carico specificamente dedicati a questo target, fondati su approcci flessibili e multidimensionali, capaci cioè di coniugare competenze mediche, psicologiche, sociali e culturali in una prospettiva di presa in carico a 360° e di adattarsi a condizioni molto eterogenee, evolvendosi nel tempo insieme alla complessità dei casi.

BOX 1 - Principali fabbisogni sanitari rilevati tra i RTPI

Dall'analisi dei Piani Regionali Salute e dalle testimonianze raccolte emergono alcuni fabbisogni sanitari ricorrenti tra i migranti forzati, riconducibili alle aree delineate di seguito.

Patologie croniche diagnosticate tardivamente o non trattate – in particolare, diabete mellito, soprattutto tra persone provenienti dal subcontinente indiano e anche in casi di giovani adulti; asma e patologie respiratorie, correlate anche alle condizioni ambientali dei Paesi di origine e aggravate dalle condizioni di vita inadeguate, spesso connesse a problemi allergici e dermatologici; ipertensione e disturbi cardiovascolari non monitorati.

Disturbi psicologici e psichiatrici connessi all'esperienza migratoria – riportate come in aumento preoccupante da più Piani e dalla totalità delle testimonianze, spesso non correlati a nazionalità specifiche ma al viaggio migratorio, alle esperienze pregresse e alle problematiche relative all'adattamento a un nuovo contesto e a condizioni di vita precarie. Fra questi, disturbi d'ansia, insonnia e sintomi depressivi risultano essere le patologie rilevate più frequentemente, insieme a disregolazione emotiva e sintomi somatici di varia natura, specialmente in destinatari presenti sul territorio da più tempo; Disturbi da Stress Post-traumatico (PTSD) e sindromatologie post-traumatiche "complesse", particolarmente diffuse tra le persone in fuga da contesti di guerra o violenza, tra le vittime di tortura e tra coloro che hanno vissuto esperienze di confinamento o privazione della libertà.

Condizioni fisiche acute legate ad episodi traumatici – fra queste, esiti cicatriziali, menomazioni, ustioni, complicanze muscolo-scheletriche legate alle esperienze di guerra, tortura e violenza subite; patologie acute legate al viaggio, in particolare via mare, quali ustioni da benzina ed intossicazione dovuta ad inalazioni di idrocarburi, in aumento preoccupante; esiti traumatici dovuti ad infortuni sul lavoro spesso non adeguatamente trattati.

Patologie infettive endemiche nei Paesi di origine o contratte durante il viaggio – tra queste, tubercolosi (TB), non sempre con alta prevalenza ma comunque attenzionata; epatiti virali (HBV, HCV), con presenza costante di casi asintomatici; HIV e altre Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), con una prevalenza contenuta e alta variabilità in base alle aree di provenienza; malaria nei migranti sub-sahariani, talvolta latente o riattivata dopo il viaggio.

Altre patologie infettive legate alle condizioni di viaggio e di vita all'arrivo – scabbia e altre parassitosi cutanee, spesso legate a scarse condizioni igieniche e promiscuità; infezioni respiratorie acute (influenze, bronchiti, faringiti) e gastro-intestinali (strongiloidosi, schistosomiasi), molto frequenti negli arrivi via mare e tra le persone che vivono in condizioni abitative precarie.

La frammentazione e la scarsa specializzazione della presa in carico risultano particolarmente evidenti quando si considerano i bisogni specifici di alcuni gruppi ad alta vulnerabilità, quali vittime di tortura e violenze estreme, donne e minori/MSNA. Nonostante il contesto normativo si sia evoluto sensibilmente negli ultimi anni, attraverso l'emanazione di Linee Guida dedicate³⁸, il loro recepimento ed implementazione operativa da parte dei servizi

³⁷ Cfr. INMP, ISS, SIMM, *Individuazione delle problematiche clinico-organizzative [...]*, op. cit.

³⁸ Si veda, tra gli altri: Ministero della Salute, *Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale vittime di tortura*, 2017; Ministero della Salute, *Linee guida per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile*, 2008; Dpcm del 24 novembre 2017, *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di*

sanitari regionali resta ad oggi disomogeneo, incompleto e fortemente variabile a livello locale. Sul territorio, esistono numerose esperienze virtuose a tal riguardo, ma restano per lo più iniziative isolate che non possono in nessun modo coprire la totalità del fabbisogno esistente. A colmare queste lacune intervengono spesso gli enti del terzo settore, ma si tratta tuttavia di realtà numericamente limitate e non strutturate su base regionale, con il risultato che una quota rilevante delle persone più fragili non riesce ad essere intercettata o riceve percorsi di cura parziali e discontinui.

Nel caso delle **vittime di tortura e di abusi**, i fabbisogni sanitari emersi sono molteplici e fortemente intrecciati. Da un lato, vi sono importanti esigenze fisiche legate ai trattamenti subiti, che richiedono percorsi riabilitativi multidisciplinari in centri specializzati, sia durante che post-accoglienza, con accesso a specialisti ortopedici, fisiatristi, fisioterapisti e a presidi medici specifici per la deambulazione (scarpe ortopediche, stampelle, sedie a rotelle, etc.). Dall'altro lato, si riscontrano bisogni psicologici particolarmente complessi: i vissuti traumatici profondi richiedono infatti valutazioni condotte da professionisti altamente specializzati, con conoscenze rispetto ai contesti di provenienza e capaci di leggere il trauma nel suo contesto sociale e culturale, integrando il lavoro clinico e l'eventuale terapia farmacologica con percorsi psicoterapeutici e interventi psicosociali. Nonostante ciò, i servizi realmente specializzati in questo ambito restano pochi, spesso erogati dal terzo settore, mentre il sistema pubblico intercetta prevalentemente i casi più gravi. A tali esigenze si aggiunge poi un ulteriore elemento critico, centrale nel percorso migratorio dei destinatari: la necessità di certificare in modo adeguato gli esiti fisici e psicologici delle torture subite, secondo standard riconosciuti, al fine di corroborare le narrazioni dei richiedenti asilo e permettere alle Commissioni territoriali di valutare correttamente le domande di protezione. Dalle mappature disponibili³⁹ e dalle analisi condotte, la certificazione medico-legale appare però difficilmente accessibile, in quanto l'attuazione delle Linee Guida a livello regionale risulta essere ancora estremamente limitata. Ne deriva che molte persone sopravvissute a torture non ottengono una valutazione adeguata, con ripercussioni dirette sulla possibilità di vedere riconosciuta la propria condizione e di accedere alle tutele previste.

La **presa in carico delle donne**, seppure presenti in numeri inferiori agli uomini fra i RTPI, **mostra a sua volta criticità significative** in merito alla reale disponibilità di percorsi strutturati dedicati. Tra i fabbisogni di salute maggiormente segnalati, l'incidenza di problematiche ginecologiche (collegate, tra le altre cose, a parti avvenute in assenza di assistenza sanitaria e di adeguato follow-up post-partum) richiede infatti interventi specifici di salute sessuale e riproduttiva. La gestione delle gravidanze, volontarie o meno, risulta inoltre particolarmente complessa nel sistema di accoglienza; in questo contesto, vengono segnalate difficoltà significative nell'accesso alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), per le quali le barriere specifiche incontrate dalle donne straniere si sommano alle criticità già presenti a riguardo per la popolazione autoctona. Un ulteriore elemento riguarda l'uso, diffuso tra alcune nazionalità, di impianti anticoncezionali sottocutanei inseriti senza supervisione medica, spesso come misura di autodifesa nei confronti del rischio di violenze durante il percorso migratorio: dispositivi che richiedono rimozione chirurgica e possono generare complicanze se non adeguatamente gestiti. Accanto a ciò, si riporta la presenza costante di violenze sessuali subite nei Paesi di origine e/o durante il viaggio, la rilevante esposizione ai fenomeni della tratta e dello sfruttamento, nonché episodi di violenza domestica o intrafamiliare sia all'interno che fuori dai contesti di accoglienza: situazioni che richiedono interventi multidimensionali e un forte coordinamento tra servizi sanitari, centri antiviolenza e antitratta e servizi sociali. Infine, l'elevata prevalenza di mutilazioni genitali femminili (MGF) tra donne provenienti da Paesi in cui la pratica è particolarmente diffusa (come Sudan ed Egitto) rende necessario un approccio multidisciplinare, che includa ginecologi, medici legali, chirurghi con competenze in chirurgia ricostruttiva e psicologi specializzati in medicina di genere e delle migrazioni, anche per assicurare una corretta certificazione della violenza necessaria al riconoscimento della protezione internazionale⁴⁰.

violenza; Ministero dell'Interno, *Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*, 2022; *Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, approvato in Conferenza Unificata il 9 luglio 2020

³⁹ Cfr. MSF, *Attuazione delle Linee Guida per assistenza e riabilitazione delle vittime di tortura e altre forme di violenza: mappatura e analisi*, 2022

⁴⁰ Cfr. Dipartimento per le Pari Opportunità, *Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose*, a cura di Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali, Coop. Soc. Parsec, Università di Milano-Bicocca, A.O. San Camillo Forlanini, Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre, 2018

Per quanto riguarda, infine, i **minori, e in particolare i minori stranieri non accompagnati**, le vulnerabilità risultano ancora più complesse, poiché ogni elemento di fragilità si innesta su processi evolutivi delicati e può generare ripercussioni aggiuntive nello sviluppo psicologico, cognitivo e relazionale del ragazzo/a. A tal riguardo, bisogna dividere il target in due sottogruppi parzialmente distinti. Nei bambini al di sotto dei 14 anni, emergono infatti fabbisogni prevalentemente pediatrici: ricostruzione dei percorsi vaccinali spesso assenti o non documentati, correzione di piccole malformazioni congenite non trattate nei Paesi di origine, gestione di frequenti ernie ombelicali legate a nascite al di fuori del contesto ospedaliero. Nonostante ciò, viene riportata una sorprendente capacità di resistenza fisica e psicologica agli stress del viaggio rispetto alla popolazione adulta. Nella fascia 14–17 anni, invece, le problematiche sono più assimilabili a quelle degli adulti, con particolare riferimento alla salute mentale, alla regolazione emotiva e all'esposizione a traumi multipli durante il viaggio. Tra tutti, i MSNA costituiscono la categoria più esposta: privi di un riferimento adulto, si trovano in una condizione particolarmente delicata e giungono spesso in Italia con quadri psicofisici già compromessi. In particolare, nella gestione di casi di MSNA portatori di vulnerabilità ascrivibili alla dimensione psicologica o psichiatrica, si riscontra l'esigenza di coinvolgere sin da subito i servizi neuro-psichiatrici infantili, così come di adottare metodologie *child-friendly* e partecipative durante il percorso di presa in carico. Criticità specifiche riguardano poi l'applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA, che il monitoraggio nazionale condotto dall'INMP⁴¹ segnala come applicato in maniera disomogenea sul territorio, richiedendo un rafforzamento delle équipe dedicate, della formazione specifica e dello scambio di buone prassi.

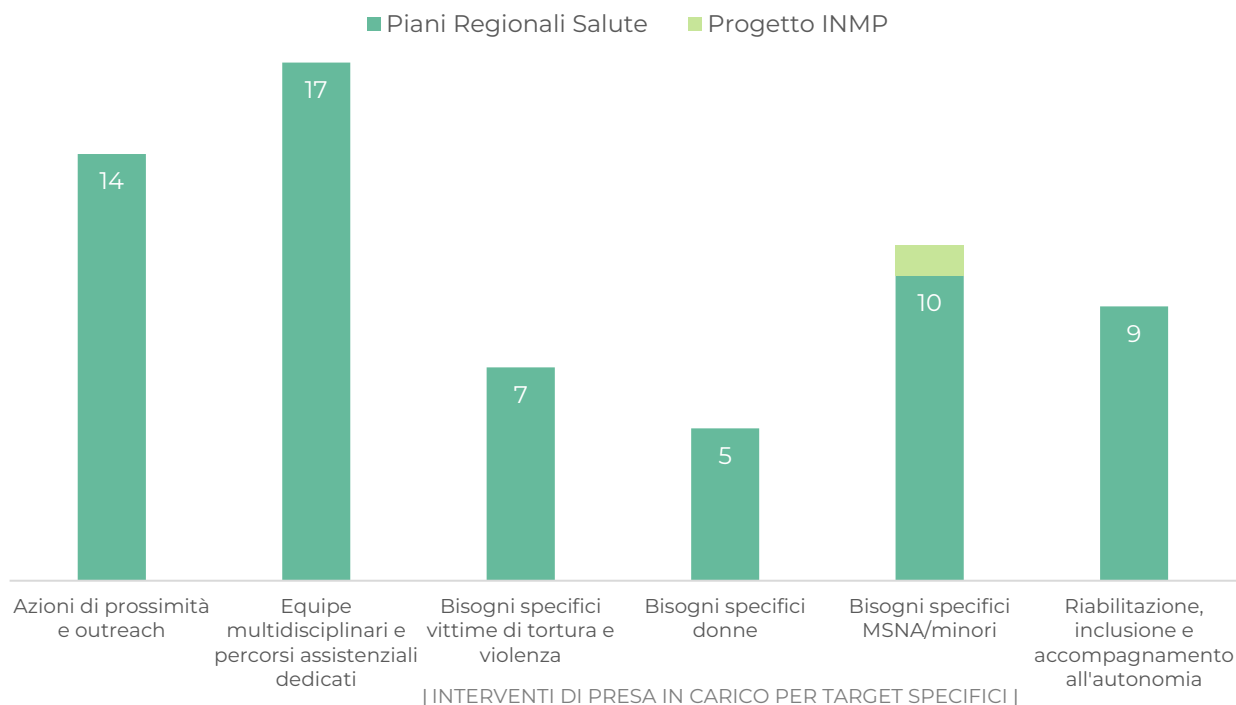
Dopo l'individuazione precoce e la presa in carico delle vulnerabilità, **un ultimo step nel processo finalizzato alla tutela della salute e del benessere dei RTPI dovrebbe prevedere la capacità dei sistemi di garantire la sostenibilità nel tempo dei percorsi di recovery e riabilitazione**. A tal riguardo, molti progetti finanziati concordano con quanto sostenuto dall'OMS e dalle altre organizzazioni internazionali, secondo cui la riabilitazione dei rifugiati richiede modelli in grado di offrire continuità di cura e interventi longitudinali che integrino salute mentale, salute fisica e inclusione sociale⁴². Spesso, le vulnerabilità psico-fisiche dei migranti forzati non possono essere infatti affrontate solo attraverso interventi sanitari o psicologici puntuali, poiché tali fragilità sono profondamente intrecciate con determinanti sociali che richiedono risposte sistemiche e non settoriali. Il rischio in questo senso è quello di un'eccessiva "medicalizzazione" del disagio sociale, ossia che i bisogni abitativi, lavorativi o legati alla povertà estrema vengano interpretati come problematiche cliniche e assorbiti esclusivamente dai servizi sanitari, spesso attraverso il solo ricorso al farmaco. Da questo punto di vista emerge la necessità di un modello integrato di riabilitazione e inclusione, capace di combinare interventi sanitari e psicosociali con dispositivi di welfare territoriale, come l'abitare inclusivo, l'accesso a opportunità formative, l'accompagnamento al lavoro, il supporto economico di base e la ricostruzione delle reti sociali. Tutto ciò si scontra però spesso con la mancanza di strumenti strutturati da parte dei territori per garantire la transizione dagli interventi sanitari a quelli sociali e di comunità, dovuta alla natura temporanea di molti progetti e alla prevalente impostazione emergenziale dei servizi. A ciò si aggiunge poi la difficoltà di garantire l'accompagnamento all'autonomia nel passaggio dall'accoglienza al territorio, momento particolarmente delicato in cui il rischio di caduta fuori dai percorsi di cura è molto alto. L'assenza di un raccordo stabile tra servizi sanitari, enti gestori dell'accoglienza, politiche abitative e servizi per il lavoro genera spesso vuoti assistenziali che ostacolano il consolidamento dei progressi terapeutici e un reale processo inclusivo.

⁴¹ INMP, *Primo rapporto nazionale sull'attuazione del protocollo per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, 2022

⁴² Si veda, tra gli altri: UNHCR, *Operational Guidance on Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations*, 2013; WHO Regional Office for Europe, *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants (Technical guidance)*, 2018

5.1.2. Azioni programmate

Gráfico 18 - Attivazione delle azioni nell'ambito dell'intervento OS1.e)



Fonte: Elaborazione IZI su proposte progettuali

In risposta ai fabbisogni rilevati, i progetti finanziati nell'ambito dell'intervento OS1.e del PN FAMI 21-27 prevedono l'attivazione di un ampio ventaglio di azioni.

Un primo insieme di interventi riguarda l'implementazione di **azioni di prossimità e outreach**, considerate dai Piani Regionali uno strumento imprescindibile per colmare le difficoltà nel riconoscere tempestivamente gli indicatori di sofferenza psicologica o sanitaria tra i RTPi. Questi interventi affiancano i protocolli standard dedicati allo scopo (cfr.§4.1), rafforzandone l'efficacia in particolare nel riconoscimento precoce del disagio. Nelle Regioni emerge infatti la consapevolezza che l'accesso spontaneo alle prestazioni non sia sufficiente a intercettare i bisogni "sommersi" e che occorra, al contrario, adottare strategie proattive capaci di creare un ponte tra i servizi "stanziali" e il target⁴³ a cui sono rivolti gli interventi. La maggior parte dei Piani (14 su 17) prevede, dunque, un ventaglio articolato di azioni mirate, che si concretizza in modalità differenti in funzione delle specifiche caratteristiche del territorio, spesso portate avanti in collaborazione con gli enti del terzo settore (partner o meno dei progetti). Un esempio frequentemente richiamato è quello delle **unità mobili socio-sanitarie**, concepite per operare tanto nei centri di accoglienza quanto nei luoghi di aggregazione, o negli insediamenti informali e nelle aree periferiche dove risulta più complesso intercettare le vulnerabilità. Tali unità svolgono funzioni di screening di base (come valutazioni delle condizioni generali di salute, triage sanitario e psicologico, etc.) ma anche di sensibilizzazione e orientamento ai servizi territoriali, in stretta comunicazione con le attività dedicate (cfr.§7.1). Nel caso in cui dalle attività emergano vulnerabilità, prevedono poi l'invio ai servizi di secondo livello per la presa in carico. Nella maggior parte dei Piani, queste attività vengono implementate prevedendo forme strutturate e collaborative con i centri CAS e SAI dei territori, che si concretizzano in visite periodiche nelle strutture e colloqui individuali multidimensionali pensati per individuare precocemente le condizioni di fragilità psico-fisica. Accanto a questi interventi più formalizzati, una parte dei Piani (Emilia Romagna, Marche, Liguria, Lazio, Puglia, Umbria) promuove poi modalità operative più capillari, prevedendo lo

⁴³ Progetto Diagrammi Nord, *Linee Guida per l'attività di Outreach*, finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

spostamento degli sportelli mobili anche nei luoghi di aggregazione dei migranti, nei porti durante le operazioni di sbarco, negli insediamenti informali (tanto nei contesti rurali che in quelli urbani) o nelle aree particolarmente sensibili dal punto di vista della marginalità (stazioni ferroviarie, edifici occupati, etc.). In questi contesti, oltre alle attività già menzionate, gli operatori svolgono anche funzioni di ascolto e accompagnamento fisico ai servizi quando necessario. Da alcune Regioni vengono poi previste delle **tipologie di azioni leggermente differenti**. Due Piani (Sicilia e Liguria) prevedono l'attivazione di servizi "a bassa soglia", ossia spazi di intervento che offrono una modalità di accoglienza contraddistinta dal massimo livello di accessibilità, dove i destinatari adulti in condizioni di estremo disagio possono essere accolti e soddisfatti nei loro fabbisogni. Il Molise, invece, prevede l'apertura di 3 focal point fisici, in 3 diversi presidi sociosanitari (uno per ciascun nodo territoriale), concepiti come porte d'accesso privilegiate al SSN da parte dei Cittadini di Paesi Terzi ed organizzazione di screening gratuiti per l'individuazione di patologie psico-fisiche. È inoltre attivato 1 focal point digitale deputato a raccogliere le richieste di assistenza e orientamento per via digitale.

Un secondo ambito di intervento riguarda poi la **presa in carico vera e propria dei bisogni psico-sanitari** dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. A tal riguardo, è opportuno premettere che ciascun Piano possiede un proprio focus di intervento prioritario, che riflette sia i differenti fabbisogni maggiormente intercettati nei diversi contesti territoriali sia gli ineguali livelli di maturità dei rispettivi sistemi socio-assistenziali regionali. In molti casi (10 su 17) emerge in modo particolarmente evidente l'attenzione alla salute mentale, segno della crescente pressione che questa dimensione di vulnerabilità esercita sui servizi regionali. Al di là delle differenze territoriali, tutti i Piani Regionali Salute prevedono comunque l'**attivazione o il consolidamento di équipe multidisciplinari e/o percorsi assistenziali dedicati**, concepiti per intercettare, valutare e accompagnare le persone portatrici di vulnerabilità complesse lungo tutto il percorso di presa in carico. Per quanto riguarda le **équipe multidisciplinari**, queste vengono strutturate come dispositivi stabili di presa in carico multidimensionale, composte da figure sanitarie, psicologiche e socio-assistenziali che lavorano congiuntamente per garantire una valutazione integrata dei bisogni, l'elaborazione di progetti terapeutici personalizzati e il coordinamento con i servizi territoriali. Tra le professionalità più frequentemente coinvolte figurano: medici di medicina generale, psicologi ed etnopsicologi, psichiatri, assistenti sociali ed educatori, infermieri, e mediatori linguistico-culturali. La configurazione delle équipes varia considerevolmente fra i territori. In alcuni Piani, queste si sovrappongono o si integrano alle unità mobili previste (come nel caso di Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana e Lazio), mentre in altri casi costituiscono team interni alle ASL (come in Piemonte, Veneto, Lombardia, Basilicata e Liguria), pensati come nuclei di competenza dedicata alla salute dei migranti vulnerabili. Possono essere costituite sia tramite personale già contrattualizzato dal SSR, sia attraverso figure specifiche fornite dai partner progettuali; alcune Regioni sperimentano, inoltre, modalità organizzative più flessibili, come nel caso della Sardegna, che prevede di costituire una short-list regionale di professionisti sanitari da "attivare" al bisogno, in modo da colmare anche eventuali carenze di personale nei territori più periferici o in sofferenza. Le équipes ricevono le segnalazioni secondo i protocolli e le procedure di emersione e referral elaborati, nella maggior parte dei casi, nell'ambito dei Piani stessi (cfr. §4.1) e agiscono secondo modalità operative in alcuni casi già definite all'interno del progetto oppure che dovranno essere definite in corso d'opera. In diversi territori queste équipes svolgono, di fatto, una funzione di interfaccia operativa tra il sistema dell'accoglienza e i servizi sanitari territoriali e specialistici, fungendo da *trait d'union* fondamentale per garantire continuità, evitare la frammentazione e prevenire la caduta fuori dai percorsi di cura. Accanto alle équipes multidisciplinari, alcuni Piani (come nel caso di Trentino, Umbria, Sicilia ed Emilia-Romagna) prevedono la creazione di **ambulatori dedicati ai migranti**, concepiti come punti di accesso specializzati per la valutazione clinica, il counselling sanitario e l'orientamento ai servizi (ad esempio attraverso ambulatori socio-sanitari integrati o spazi dedicati nelle strutture territoriali del SSN). Si tratta di servizi che offrono una presa in carico più stabile e riconoscibile, spesso pensati per funzionare come punti di riferimento per i migranti all'interno delle geografie locali. Infine, nel caso del Molise, la Regione prevede l'attivazione di **prestazioni specialistiche dedicate**, erogate in modo mirato sulla base delle necessità emerse durante le attività di screening, allo scopo di creare un ponte diretto e immediato con i medici specialisti del SSN e facilitare così l'accesso alla cura per categorie di persone che, in assenza di tali dispositivi, rischierebbero di non essere intercettate o di subire ritardi significativi nel trattamento.

Tra i servizi di presa in carico, alcune Regioni prevedono poi l'attivazione di **percorsi specifici indirizzati ai gruppi ad alta vulnerabilità**, con l'obiettivo di colmare la frammentarietà dei servizi ordinari e di assicurare una presa in carico coerente con le Linee guida ministeriali e con gli standard internazionali di protezione⁴⁴.

Per quanto riguarda le **vittime di tortura e di violenze gravi**, solamente 7 Piani prevedono l'inserimento di attività specifiche finalizzate al riconoscimento, la valutazione clinica e la certificazione medico-legale dei traumi subiti. Le attività consistono, nella maggior parte dei casi, nella realizzazione di valutazioni integrate da parte di équipe multidisciplinari, con una duplice finalità: da un lato, mettere a punto percorsi terapeutici fisici e psicologici adeguati, anche attraverso l'accertamento della presenza di stati invalidanti o patologie di lunga durata che determinano la necessità di cure specialistiche prolungate e continuative; dall'altro, documentare gli esiti delle violenze sofferte per supportare la persona nel procedimento di riconoscimento della protezione internazionale. Alcuni Piani affrontano questo tema in modo indiretto: nel caso dell'Umbria, questa tipologia di attività viene menzionata più che altro in relazione agli interventi di Mediazione Etnoclinica (MEC) di supporto alla certificazione medico legale; nel caso del Veneto, viene richiamata in relazione alla stesura di un Vademecum per gli operatori per la produzione della certificazione e la presa in carico degli esiti di tortura.

Solamente 5 Piani dedicano invece interventi specifici alla **presa in carico dei bisogni di salute delle donne migranti**. Oltre alla presenza delle figure del ginecologo e dell'ostetrica all'interno delle équipe multidisciplinari o la previsione di percorsi di formazione specifici sui bisogni di salute del target femminile, alcune Regioni propongono attività mirate: in Sicilia, ad esempio, è menzionata l'attivazione di ambulatori dedicati alle gravidanze a rischio, mentre la Sardegna propone interventi di assistenza sociosanitaria integrata per le donne vittime di tratta, sfruttamento e violenza sessuale, costruendo sinergie con progetti territoriali Antitrattra e con i Centri antiviolenza, oltre che con il Tavolo regionale contro la violenza di genere. L'Umbria, capitalizzando le esperienze già presenti nei servizi territoriali, prevede invece la costituzione di un Think-tank regionale sulle MGF, concepito come gruppo di miglioramento e rete interistituzionale per definire e diffondere modelli di prevenzione e presa in carico integrata di donne e bambine RTPI con MGF o a rischio. Parallelamente, va comunque menzionato che alcuni progetti (Piemonte, Liguria, Umbria, Trentino), seppur in assenza di interventi specifici rivolti alla salute delle donne, indicano esplicitamente la collaborazione con gli enti antitrattra ed i centri antiviolenza all'interno della propria rete territoriale.

Infine, un numero più consistente di Piani – 10 in totale – dedica **azioni mirate ai bisogni dei minori e dei MSNA**.

Nella maggior parte dei territori, ciò si concretizza nell'attivazione di percorsi specializzati per la valutazione dello sviluppo psicofisico, l'individuazione di segnali di disagio emotivo o comportamentale, e la prevenzione della ritraumatizzazione. Ciò avviene attraverso il coinvolgimento di figure professionali specifiche (come neuropsichiatri infantili, pediatri, esperti in età evolutiva, etc.) all'interno delle équipe multidisciplinari stesse (come nel caso delle Marche) o in équipe dedicate (come nei casi di Liguria e Emilia). Alcune Regioni prevedono poi forme di presa in carico particolari: la Sardegna attiva un servizio sanitario specifico per minori a rischio vulnerabilità elevata; la Toscana introduce percorsi di riabilitazione psico-sociale per giovani RTPI e MSNA, finalizzati a prevenire l'acutizzazione o la cronicizzazione del disagio e a promuovere contesti relazionali non ritraumatizzanti; la Puglia, infine, inserisce anche screening sanitari odontoiatrici mirati. Un elemento di particolare rilievo, come accennato, riguarda poi l'attuazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA. A tal riguardo si rileva che solamente 5 Piani Regionali (Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Veneto e Lombardia) menzionano direttamente l'attivazione di attività legate a questo aspetto, attraverso la costituzione di équipe multidisciplinari dedicate, la formazione mirata dei professionisti coinvolti, o la creazione di vademecum di orientamento. In questo quadro, il progetto nazionale TUTELAE dell'INMP interviene come dispositivo di supporto sistemico, con l'obiettivo di promuovere un'applicazione più uniforme del Protocollo attraverso la mappatura delle procedure in uso nei diversi territori, l'attivazione di una Comunità di Pratica dedicata e l'erogazione di una formazione specifica in modalità FAD asincrona (cfr. §6.1). È inoltre indicato che il tema della corretta determinazione dell'età verrà portato all'attenzione del tavolo "Piani Regionali Salute" e sarà oggetto di incontri bilaterali con le Regioni.

⁴⁴ All'interno della presente trattazione vengono riportati solamente quei progetti che presentano attività specifiche dedicate ai target; non sono invece citati quei progetti in cui il target viene menzionato tra i destinatari o tra gli obiettivi.

Infine, un ultimo ambito di intervento riguarda l'attivazione, da parte di 9 Piani, di **percorsi ponte per la riabilitazione, l'inclusione e l'accompagnamento all'autonomia**, immaginati per rispondere all'esigenza di garantire continuità e sostenibilità nel tempo ai percorsi di recovery, evitando interruzioni, *drop-out* o ricadute. Pur con differenze significative tra i territori, si tratta di azioni di medio-lungo periodo che mirano a superare la logica degli interventi frammentati o puramente clinici, riconoscendo che la riabilitazione non può esaurirsi nella dimensione sanitaria, ma richiede un accompagnamento globale e continuativo per generare effetti duraturi. Un primo filone di azioni riguarda le dimissioni protette, ovvero interventi pensati per sostenere le persone con vulnerabilità sanitarie o psicosociali nel passaggio dall'ospedale o dai servizi specialistici al territorio, o prima di rientrare nelle strutture di accoglienza, come nel caso dell'Emilia-Romagna, della Puglia e della Campania. Un secondo gruppo di attività riguarda i progetti terapeutici riabilitativi per la stabilizzazione emotiva, la prevenzione dell'acutizzazione / cronicizzazione e la ricostruzione di competenze relazionali e sociali, come nel caso della Toscana, che sviluppa un percorso pilota di riabilitazione psico-sociale per giovani RTPi e MSNA, o del Veneto, che adotta l'approccio del budget di salute. Alcuni Piani intervengono invece attraverso percorsi ponte orientati all'inclusione, riconoscendo che il recupero della salute e la stabilizzazione psicologica dipendono anche da determinanti sociali, quali la possibilità di accedere a spazi di autonomia economica ed abitativa. È il caso del Lazio, che promuove percorsi per l'acquisizione di competenze professionali rivolti alle vittime di tortura, o della Lombardia, che prevede l'implementazione di progetti di rete finalizzati all'inclusione lavorativa degli utenti con fragilità psichica, o ancora delle Marche, che sperimentano forme di residenzialità "assistite" per migranti con disagio psichico usciti o in imminente uscita dai centri di accoglienza. Infine, si segnala anche il caso interessante della Sicilia, che prevede l'utilizzo dello sport come strumento riabilitativo e di promozione del benessere, attraverso l'organizzazione di corsi di atletica leggera rivolti ai minori vulnerabili.

Riassumendo, gli ambiti di azione descritti concorrono, attraverso modalità differenti, al **potenziamento dei percorsi di individuazione precoce e di presa in carico delle vulnerabilità da parte dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale**. Ciò si dovrebbe tradurre in una maggiore capacità di intercettare bisogni di salute spesso sommersi e di ampliare la copertura territoriale degli interventi, migliorando al contempo la coerenza e la qualità dei percorsi di cura e riducendo il rischio di interruzioni assistenziali. Il rafforzamento delle competenze e delle reti locali dovrebbe inoltre accrescere la capacità del sistema territoriale di gestire casi complessi in modo appropriato, limitando il ricorso a invii esterni e rendendo gli interventi più efficaci, nonché favorendo allo stesso tempo il consolidamento di esiti di benessere più duraturi per le persone prese in carico, contribuendo a prevenire ricadute e il ritorno a condizioni di vulnerabilità. Permangono tuttavia margini di miglioramento, in particolare per quanto riguarda la presa in carico dei bisogni specifici dei gruppi maggiormente vulnerabili, rispetto ai quali gli stadi di avanzamento della programmazione a livello regionale risultano ancora fortemente disomogenei. In questo senso, emerge la necessità di rafforzare la diffusione e la sistematizzazione delle buone pratiche già sviluppate in alcuni territori, al fine di ridurre le disparità esistenti e promuovere livelli più omogenei di tutela. Con riferimento poi allo sviluppo dei percorsi ponte per la riabilitazione, l'analisi evidenzia approcci molto differenziati, che segnalano l'assenza di indicazioni strutturate e condivise sulle soluzioni da adottare. Tale elemento conferma la necessità di un impegno più sistematico a livello nazionale, orientato sia alla definizione di indirizzi comuni sia a una maggiore integrazione con le politiche di welfare rivolte al target di riferimento.

5.2. UNO SGUARDO TERRITORIALE

Le azioni programmate legate alla dimensione dell'emersione e presa in carico delle vulnerabilità psico-fisiche dei tre progetti individuati come casi studio, vengono analizzate di seguito. La Tabella 8, mostra una sintesi degli ambiti di intervento rilevati a partire dalla documentazione progettuale e dalle interviste effettuate nell'analisi dei progetti pERsone (prog-248) in Emilia-Romagna, Fari4Lazio (prog-493) nel Lazio e M.I.S.CA (prog-603) in Campania.

Tabella 8 - Ambiti progettuali rilevati nei tre casi studio inerenti all'individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità

| CASI STUDIO | Azioni di prossimità e outreach per l'emersione delle vulnerabilità | Costituzione/ rafforzamento di équipe multidisciplinari e percorsi dedicati | Interventi di presa in carico per target specifici | | | Percorsi ponte per la riabilitazione, l'inclusione e l'accompagnamento all'autonomia |
|---------------------|---|---|--|---|---|--|
| | | | Certificazione medico-legale e/o assistenza alle vittime di tortura e violenza | Certificazione dell'età e/o assistenza di MSNA/minori | Assistenza ai bisogni specifici delle donne (gravidanza, MGF, tratta) | |
| PROG-248 pERsone | | | | | | |
| PROG-493 FARI4LAZIO | | | | | | |
| PROG-603 M.I.S.CA | | | | | | |

Fonte: Elaborazione IZI su informazioni da Piani Regionali Salute

5.2.1. Azioni di prossimità e outreach

Nei tre contesti regionali analizzati, le azioni di prossimità vengono implementate mediante **l'utilizzo di unità mobili**, sostanzialmente camper o altra tipologia di veicoli con attrezzature mediche, **che si muovono nei territori con l'obiettivo strategico di avvicinare i servizi sanitari e sociosanitari ai RTPI** in condizioni di vulnerabilità. Questa attività si propone, quindi, di favorire l'emersione dei bisogni e ridurre le barriere di accesso al SSN e, contemporaneamente, come si vedrà in seguito (cfr. §7.2), di promuovere la salute e la prevenzione sanitaria orientando le persone verso i servizi sanitari pubblici, anche attraverso la costruzione di relazioni di fiducia tra i servizi e le popolazioni migranti.

Nel **progetto pERsone**, l'utilizzo delle unità mobili deriva da un percorso consolidato iniziato con il progetto ICARE. Questo ha permesso di mettere a sistema una dotazione stabile di mezzi dedicati, inizialmente disponibili per i distretti territoriali di Bologna, Romagna e Modena, ed integrati, con l'attuale progetto, anche nei territori di Parma e Ferrara. Nel modello emiliano-romagnolo, le azioni di prossimità si collocano all'interno della governance sanitaria pubblica: le unità mobili sono gestite direttamente dai Dipartimenti di Sanità Pubblica o da unità operative specifiche delle AUSL dedicate alla salute dei migranti (équipe salute migranti e vulnerabilità), a seconda dei territori e delle azioni da svolgere. Ad esempio, in Romagna l'unità mobile è spesso utilizzata nelle situazioni emergenziali legate agli sbarchi a Ravenna, dove il mezzo è impiegato per supportare gli ambulatori temporanei nel porto, con dotazioni dedicate come ecografi portatili. Nel territorio di Modena, vi è un camper attivo per il Dipartimento di igiene pubblica che svolge prevalentemente azioni di vaccinazioni nei centri di accoglienza e propone degli eventi formativi e informativi nell'ambito della salute. In generale, altre azioni di prossimità nei diversi territori possono consistere in visite di screening e nell'esecuzione di prelievi nei centri di accoglienza, visite domiciliari presso le strutture per valutare le condizioni di vita e abitative di nuclei familiari mamma-bambino fragili, accompagnamenti presso reparti ospedalieri dell'AUSL per pazienti con bisogni di salute complessi, attività educative e informative nelle scuole di italiano per stranieri e nei luoghi informali di vita e lavoro. I componenti delle unità mobili non sono professionalità separate, ma parte integrante dell'équipe multidisciplinare di riferimento e la composizione di ciascuna unità mobile è modulabile in funzione dell'azione di prossimità da svolgere.

Anche nel **progetto Fari4Lazio**, le azioni di prossimità si collocano in continuità con le funzioni delle ASL e si inseriscono in un sistema che prevede l'uso di un camper accreditato come strumento di emersione attiva, screening e orientamento e accompagnamento ai servizi. L'obiettivo è quello di creare un ponte e una rete stabile tra i servizi delle ASL territoriali e le strutture di accoglienza. A seconda dei territori, alcune ASL rivolgono particolare attenzione anche ad azioni di prossimità in contesti informali, come edifici occupati o alloggi di fortuna, altre lavorano prevalentemente nei centri di accoglienza.

Nel **progetto M.I.S.CA**, le unità mobili attivate, che si muovono nei territori a seconda delle esigenze, con maggiore frequenza nelle aree con criticità più elevate, pur composte da équipe analoghe agli altri progetti in termini di figure

professionali (operatore sociale, mediatore, psicologo, infermiere/medico) e a composizione variabile a seconda delle situazioni, sono gestite non dalle ASL ma dagli enti del terzo settore partner del progetto. Questo assetto comporta una modalità di intervento flessibile e con una forte connotazione sociale: la prossimità assume una dimensione più relazionale, diventando un mezzo per attivare segnalazioni, accompagnare percorsi di inclusione sanitaria e sociale e costruire connessioni tra attori territoriali, servizi e RTPI vulnerabili. Anche in M.I.S.CA le unità mobili costituiscono un presidio itinerante che risponde sia a bisogni sanitari immediati, sia a esigenze di orientamento, supporto amministrativo, e accompagnamento alle pratiche di accesso al sistema sanitario. I servizi di prossimità sono estesi ai nuclei in condizioni di fragilità abitativa o con bisogni complessi.

5.2.2. Équipe multidisciplinari e percorsi dedicati

I tre progetti mostrano un orientamento comune nel considerare **l'équipe multidisciplinare come strumento centrale per garantire una presa in carico integrata** dei migranti con vulnerabilità sanitarie e psicosociali, convergendo sull'**idea che la multidisciplinarietà debba essere flessibile, adattabile e capace di rispondere rapidamente a bisogni emergenti**. Nel progetto **pERsone** le équipe sono funzionali, ovvero capaci di comporsi e ricomporsi in base alle caratteristiche delle situazioni di prossimità, con una presenza consolidata di medici, infermieri, psicologi, ostetriche, mediatori culturali, specialisti della salute pubblica e, quando necessario, figure specifiche come neuropsichiatri infantili o medici legali. Questa flessibilità consente una capacità di risposta molto elevata, anche in situazioni straordinarie (arrivi massivi, casi di violenza, determinazioni dell'età). Nel progetto **Fari4Lazio**, il consolidamento delle équipe è orientato principalmente a garantire qualità professionale e intersettorialità. Anche qui le équipe sono composte da profili altamente specializzati: medici, psicologi, igienisti, ginecologi, ostetriche, assistenti sociali, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica. La composizione si modula in base alle linee di attività delle singole ASL e ai bisogni individuati nel territorio, con un ruolo rilevante della medicina legale nelle valutazioni clinico-documentali. Nel progetto **M.I.S.CA**, le équipe multidisciplinari sono composte da personale delle ASL supportato dagli operatori del terzo settore, in particolare case manager, assistente sociale, psicologo, avvocato immigrazionista, mediatori linguistico-culturali, specialisti della salute mentale operanti nel territorio di riferimento. Il ruolo delle équipe risulta funzionale alla gestione dei casi segnalati e alla pianificazione degli interventi di presa in carico in collaborazione con gli operatori del territorio e del sistema di accoglienza. La multidisciplinarietà qui è orientata soprattutto alla valutazione clinico-psicologica delle vulnerabilità segnalate e alla definizione degli obiettivi della presa in carico.

La presa in carico dei bisogni psico-sanitari dei RTPI è un elemento trasversale ai tre progetti, sebbene presentino modalità operative diverse di avvio dei percorsi assistenziali, legate alle specificità dei contesti regionali.

Nel **progetto pERsone**, la presa in carico è progressiva e integrata, a partire dal primo accesso negli ambulatori migranti e proseguendo con eventuali approfondimenti diagnostici in base ai bisogni rilevati, fino all'accompagnamento all'iscrizione al SSN e al medico di medicina generale. La gestione integrata con CAS, SAI e strutture territoriali permette un continuo scambio informativo, anche tramite la nuova scheda di segnalazione informatizzata (cfr. §4.2). Negli ambulatori dedicati ai migranti si svolgono screening di primo livello, anamnesi psicologiche, visite mediche, prelievi, screening infettivologici e orientamento ai servizi specialistici. Gli ambulatori, integrati con le équipe e collegati alle unità mobili, sono parte strutturale di un **modello hub & spoke** adottato dall'Emilia-Romagna nei percorsi sanitari per migranti. Il modello consiste in un'organizzazione a rete in cui un centro principale, l'*hub*, concentra competenze specialistiche avanzate, attrezzature diagnostiche e figure professionali altamente qualificate, mentre gli *spoke* sono presidi territoriali più vicini ai luoghi di accoglienza che garantiscono le attività di primo livello come screening iniziali, valutazioni cliniche di base e interventi di prossimità. Gli *spoke* gestiscono quindi la prima presa in carico e attivano l'*hub* solo quando sono necessari approfondimenti specialistici o la valutazione di casi complessi. Questo modello riduce gli spostamenti dei migranti, assicura tempestività degli interventi e permette di condividere risorse professionali fra territori diversi, ottimizzando la capacità di risposta del sistema sanitario e garantendo continuità e omogeneità nei percorsi di cura. Nel territorio della Romagna ad esempio, che è molto esteso, gli spazi *spoke* si trovano a Forlì-Cesena e Rimini, mentre l'*hub* a Ravenna.

Nel **Lazio**, la presa in carico è altrettanto integrata ma maggiormente orientata al raccordo tra servizi sanitari, sociali e territoriali. Le équipes intercettano RTPI, minori non comunitari e MSNA con vulnerabilità, attivando percorsi personalizzati in ambito consultoriale, salute mentale, neuropsichiatria infantile e medicina di base. La presenza del medico legale garantisce un'integrazione importante tra valutazione clinica e documentazione per l'eventuale riconoscimento giuridico delle vulnerabilità. Esistono differenze organizzative tra le ASL coinvolte nel progetto. Ad esempio, la ASL Roma 2 dispone di una unità operativa dedicata, l'Unità Operativa Complessa (UOC) Tutela degli Immigrati e Stranieri che funge da riferimento stabile per l'accesso, l'orientamento e la presa in carico dei RTPI, mentre la ASL Roma 3 pur avendo servizi come l'ambulatorio STP, non possiede un servizio di presa in carico strutturato e un'equipe multidisciplinare fissa dedicata, e quindi attiva di volta in volta i diversi servizi interni in base alle necessità dei beneficiari intercettati.

Nel **progetto M.I.S.CA**, la presa in carico si attiva principalmente tramite la ricezione della scheda unica di segnalazione (cfr. §4.2), che rappresenta l'innescio del percorso assistenziale multidisciplinare. La valutazione della domanda di bisogno avviene attraverso un confronto più strutturato dell'équipe con l'operatore o il servizio segnalante, che permette di aggiungere ulteriori elementi qualitativi sulla situazione del migrante relativamente ad esempio alla dimensione relazionale ed abitativa, cui segue una pianificazione interna del caso e l'attivazione delle figure necessarie (psicologo, psichiatra, mediatore, avvocato, medico). I colloqui sono registrati nel fascicolo di presa in carico, che funge da diario strutturato degli interventi. La presa in carico procede per step successivi con verifiche periodiche e ridefinizione degli obiettivi sulla base dell'evoluzione del caso.

5.2.3. Presa in carico per target specifici

All'interno dei servizi di presa in carico, le regioni **Emilia-Romagna e Lazio contemplan l'attivazione di percorsi dedicati alle vittime di tortura e di violenze gravi**, grazie all'inserimento di attività specifiche finalizzate al riconoscimento, la valutazione clinica e la certificazione medico-legale dei traumi subiti, a supporto delle procedure di protezione internazionale. Il progetto pERsone ha rafforzato un sistema già presente, in cui ogni AUSL dispone di medici legali in grado di effettuare valutazioni e, nei casi meno complessi, rilasciare certificazioni. La presenza a Ferrara di un **hub regionale di secondo livello per la certificazione medico-legale** consente la gestione centralizzata delle situazioni più difficili, assicurando approfondimenti specialistici e standard uniformi, così come definiti dal board regionale. Questo *hub* opera in stretto raccordo con le équipes multidisciplinari di secondo livello delle singole AUSL, alle quali spetta il compito di individuare i casi che necessitano di valutazioni ulteriori. Come si vedrà in seguito (cfr. §6.2), il progetto mira anche a uniformare le procedure nella redazione delle certificazioni da parte dei medici legali attraverso una formazione dedicata. Contestualmente, sono stati introdotti controlli sulla qualità e conformità delle certificazioni al Protocollo di Istanbul, per assicurare valutazioni coerenti con le testimonianze dei migranti e le esigenze informative delle commissioni territoriali, destinatarie finali della documentazione. Il progetto Fari4Lazio invece, ha formalizzato un *hub* regionale situato presso il **centro SAMIFO** (Salute Migranti Forzati), gestito dalla ASL Roma 1 in collaborazione con il Centro Astalli. Qui la certificazione medico-legale è l'esito finale di un percorso clinico integrato che coinvolge diversi servizi sanitari e professioni specialistiche, con il sostegno dell'unità di medicina legale. Nato come una delle prime sperimentazioni in questo ambito, il modello si configura oggi come una delle esperienze più consolidate a livello nazionale, riconosciuta dagli operatori sanitari e dagli enti del privato sociale impegnati nella presa in carico dei bisogni di salute dei RTPI.

I tre progetti condividono la consapevolezza che la vulnerabilità dei minori migranti, e in particolare dei MSNA, richiede protocolli specifici sia per la presa in carico psicologica e sanitaria sia per le procedure di certificazione dell'età. In tutti e tre i casi, **il coordinamento delle équipes multidisciplinari prevede l'utilizzo di figure professionali dedicate ai minori a seconda delle necessità specifiche del caso**, sul quale intervengono su richiesta dei servizi territoriali e delle comunità per minori. Emilia-Romagna e Lazio prevedono anche l'implementazione di percorsi relativi all'accertamento dell'età dei MSNA. Il progetto Fari4Lazio ha attivato nella ASL Roma 1 il **servizio tutela salute mentale dei minori stranieri**, un'iniziativa nata nelle precedenti edizioni del progetto "Fari" e oggi stabilizzata, che rappresenta un presidio specialistico dedicato ai bisogni psicologici e neuroevolutivi dei minori migranti, e comprende professionalità come una psicologa dell'età evolutiva, una

logopedista e una tecnica di neuropsicomotricità. Il servizio opera in integrazione con il Centro SAMIFO per i casi con forte componente traumatica e con il progetto FAMI LGNET3 sulla dispersione scolastica, offrendo percorsi di valutazione, supporto psicologico e interventi riabilitativi. Nelle altre ASL partner, non vi è un servizio specifico per la salute mentale dei minori stranieri, ma sono attivi i percorsi per i minori, gestiti da personale interno al progetto o supportati da esso, per intervenire in caso di segnalazione.

Anche rispetto a un altro target specifico, che è quello delle donne migranti, è previsto l'utilizzo di figure professionali dedicate a seconda delle necessità del caso. A questo proposito il progetto pERsone ha previsto **l'inserimento della figura del ginecologo e dell'ostetrica all'interno delle équipe e l'acquisizione di ecografi** per gli ambulatori di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini e ad utilizzo dell'unità mobile presso luoghi di sbarco e strutture di accoglienza.

5.2.4. Riabilitazione, inclusione e accompagnamento

Il tema della riabilitazione e dell'accompagnamento all'autonomia dei RTPI è affrontato nei casi studio con approcci complementari. Il progetto **pERsone** si concentra sulla continuità sociosanitaria e sulla **riabilitazione post-ospedaliera attraverso dimissioni protette**. L'azione chiave in questo senso è la sperimentazione di due *Safe Space* a Parma e Ravenna, spazi protetti concepiti per accogliere temporaneamente migranti in uscita dall'ospedale che non possono rientrare nelle strutture di accoglienza tradizionali a causa di patologie importanti (ad es. immunodepressione o malattie infettive) per le quali hanno bisogno di un periodo di acquisizione di consapevolezza della propria patologia, e di aumento della propria *compliance* rispetto alle terapie. La riabilitazione protetta avviene di raccordo con la certificazione clinica ospedaliera. L'obiettivo è garantire la continuità assistenziale e un accompagnamento sociosanitario integrato nella transizione delle prese in carico dall'ospedale al territorio, con la possibilità di permanenza nel *safe space* fino a 90 giorni.

Il progetto **M.I.S.CA** affronta il tema della riabilitazione post-ricovero attraverso il **finanziamento dell'accesso a comunità alloggio o in strutture residenziali per la riabilitazione psichiatrica**. M.I.S.CA interviene nel raccordo tra SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), Centri di Salute Mentale e territorio, assicurando continuità terapeutica tramite équipe multidisciplinari che accompagnano i migranti nei passaggi post-acuti e nell'inserimento in comunità alloggio sanitarie. A tal proposito il progetto prevede lo stanziamento di risorse economiche per ciascuna ASL partner per permettere di coprire una percentuale della retta destinata alla comunità alloggio o ai centri diurni, colmando un vuoto normativo e finanziario che generalmente impedisce ai migranti con patologie psichiatriche di accedere a tali servizi nel periodo post-ricovero.

Il progetto **Fari4Lazio**, non affronta il tema delle dimissioni protette in senso stretto, ma formalizza un dispositivo territoriale – **l'hub di riabilitazione psicosociale** – che svolge una funzione riabilitativa complementare ai servizi sanitari. L'*hub* offre un contesto protetto in cui persone con disagio mentale o traumi possono essere accompagnate in percorsi terapeutici, psicosociali e di autonomia prima del rientro nelle comunità o dell'uscita dal circuito dell'accoglienza. L'*hub* regionale offre percorsi formativi professionalizzanti in diversi settori – ristorazione, pizzeria, manutenzione del verde, logistica e operatore amministrativo – sostenuti da fondi FAMI e da risorse complementari del Programma GOL e in collaborazione con i centri per l'impiego. Una componente importante è la realizzazione di tirocini protetti, co-progettati con docenti ed enti formatori e realizzati presso aziende selezionate per la reale possibilità di successivo inserimento lavorativo. Il progetto garantisce generalmente i primi tre mesi di tirocinio, mentre le aziende subentrano nella fase successiva qualora vi sia continuità occupazionale. Sebbene non sia pensato per il post-ricovero ospedaliero immediato, l'*hub* copre una parte del continuum riabilitativo, favorendo la stabilizzazione psicosociale e l'integrazione attraverso percorsi coordinati tra servizi sanitari, accoglienza e formazione.

5.2.5. Elementi chiave emersi

L'analisi dei tre casi studio conferma quindi **l'importanza delle azioni di prossimità e delle unità mobili** nel favorire l'emersione precoce delle vulnerabilità e nel garantire l'accesso ai servizi sanitari da parte dei RTPI. Nei contesti osservati, la capacità di modulare la composizione delle équipe in funzione dei bisogni, nonché la presenza di professionalità dedicate ai minori, si configura come un elemento essenziale per intercettare

situazioni complesse e rispondere in modo efficace. La prossimità inoltre non assume soltanto una funzione sanitaria, ma rappresenta anche un dispositivo relazionale che contribuisce a costruire fiducia e continuità nei percorsi di presa in carico.

In questo quadro, il **modello *hub & spoke* adottato in Emilia-Romagna** emerge come una buona pratica di razionalizzazione e qualificazione dell'intervento. La distinzione tra presidi di primo livello e centri di riferimento specialistici consente di ottimizzare le risorse, ridurre gli spostamenti dei beneficiari e assicurare omogeneità negli standard di intervento. Un ulteriore elemento qualificante del modello emiliano-romagnolo è rappresentato dalla presenza strutturata di ginecologi e ostetriche all'interno delle équipes, che consente una presa in carico più tempestiva e appropriata dei bisogni specifici delle donne migranti.

Infine, l'**attenzione riservata alla fase di riabilitazione post-ospedaliera**, seppur declinata con modalità diverse nei progetti, evidenzia un ambito ancora parzialmente scoperto della presa in carico. Le sperimentazioni dei *safe space* e il sostegno all'accesso a comunità alloggio per la riabilitazione psichiatrica rappresentano risposte significative a un vuoto strutturale che riguarda in particolare le persone prive di un titolo giuridico stabile, spesso destinate a rimanere sul territorio in condizioni di invisibilità e fragilità estrema. In una prospettiva di sistema, emerge la necessità di sviluppare dispositivi integrati di riabilitazione e reintegrazione nella società dopo un percorso di secondo livello nella psichiatria, o più in generale di accompagnamento all'autonomia, attraverso una maggiore responsabilizzazione congiunta del sistema sanitario, delle politiche sociali e del lavoro.

6. FORMAZIONE, INTERVISIONE E SUPPORTO AGLI OPERATORI

6.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE

6.1.1. Fabbisogni presenti sul territorio

Dai progetti finanziati nell'ambito della tutela della salute degli RTPI, emerge con forza – in linea con quanto rilevato dalla letteratura e dalle testimonianze raccolte – un ulteriore ambito di fabbisogno trasversale: la **necessità di formare, accompagnare e sostenere il personale coinvolto a diverso titolo nella presa in carico dei migranti**. Si tratta di un insieme ampio e diversificato di attori: professionisti sanitari e socio-sanitari, operatori del sistema di accoglienza, servizi sociali e socio-assistenziali territoriali, mediatori linguistico-culturali e, più in generale, tutte le istituzioni impegnate all'interno dei percorsi di accoglienza, orientamento e cura.

La presa in carico della popolazione migrante rappresenta difatti un ambito d'intervento particolarmente complesso, che prevede di lavorare a stretto contatto con una popolazione molto eterogenea e in cui flussi migratori e caratteristiche dei destinatari cambiano di continuo, rendendo necessario un costante aggiornamento delle competenze e degli strumenti professionali utilizzati. Come già evidenziato, si tratta inoltre di persone che provengono da contesti culturali differenti, situazioni socio-economiche complesse, spesso portatrici di esperienze traumatiche multiple. Da ciò è evidente che la loro presa in carico necessita di disporre di personale adeguatamente formato e costantemente aggiornato, dotato non solo di specifiche competenze tecniche ed etno-cliniche⁴⁵, ma anche delle risorse necessarie ad arginare i rischi legati all'eccessivo impatto emotivo di un lavoro a stretto contatto con persone fortemente vulnerabili.

Come riportato nella Teoria del Cambiamento ricostruita nel terzo capitolo, i fabbisogni rilevati sul territorio nel corso delle analisi condotte possono essere riportati a tre macroaree principali:

1. **Carenza di competenze specifiche** da parte degli operatori sanitari, socio-sanitari e dell'accoglienza in materia di salute transculturale e di comprensione delle diverse dimensioni della vulnerabilità;
2. **Disomogeneità di esperienze, linguaggi e standard di qualità** tra enti e operatori, con relativo utilizzo non uniforme di protocolli, procedure e strumenti specialistici;
3. **Elevato turnover, sovraccarico lavorativo / emotivo e rischio di burnout o traumatizzazione vicaria** tra gli operatori sanitari, socio-sanitari e dell'accoglienza;

Rispetto al primo ambito di criticità, sia i Piani Regionali che le testimonianze raccolte concordano nel sottolineare in modo chiaro un **fabbisogno strutturale di formazione e aggiornamento continuo degli operatori impegnati nella presa in carico dei bisogni di salute dei migranti** che si integri, e vada oltre, a quanto già previsto dall'aggiornamento professionale obbligatorio ECM (Educazione Continua in Medicina). Un primo tema di approfondimento riguarda in tal senso le **competenze tecniche necessarie alla lettura e al trattamento delle vulnerabilità complesse e delle diverse dimensioni del trauma**. I progetti e le testimonianze raccolte dalle organizzazioni che lavorano sul campo evidenziano infatti un'insufficiente informazione e preparazione di una parte consistente del personale medico e socio-assistenziale rispetto al riconoscimento e alla gestione di tali condizioni e alle normative applicabili a livello nazionale e regionale. È il caso soprattutto delle vulnerabilità di tipo psicologico, per le quali c'è convergenza nel riscontrare una difficoltà, in particolare da parte degli operatori dei centri di accoglienza, a saper riconoscere i segnali del disagio psichico, per poter attivare prontamente percorsi di invio specialistico. Un secondo tema di approfondimento riguarda, invece, **competenze più**

⁴⁵ Cfr. AA.VV., Dichiarazione di Erice su 'la salute dei migranti. Una sfida di equità per il sistema sanitario pubblico', Op. cit.

trasversali, ma altrettanto essenziali, legate alla salute transculturale e alla capacità di comunicare efficacemente con persone portatrici di codici linguistici, simbolici e culturali differenti. Le testimonianze raccolte evidenziano in questo senso come tra gli operatori sanitari sia spesso limitata la consapevolezza dell'importanza del "decentramento culturale", inteso come il riconoscimento che la concezione della salute varia profondamente tra culture diverse; fatto che può condurre ad incomprensioni e, nel peggiore dei casi, a diagnosi errate. A ciò si affianca un sistema sanitario che richiede ai migranti di adattarsi a modelli e regole "occidentali", portando spesso a difficoltà di aderenza terapeutica ed inefficacia dei percorsi di cura: è il caso, ad esempio, di pazienti che vivono all'interno di insediamenti informali, in cui le condizioni di vita (es. mancanza di acqua, elettricità, refrigerazione, possibilità di seguire regimi alimentari specifici, etc.) rendono impraticabile la prescrizione standard di alcune terapie. Su alcuni territori viene infine evidenziata una carenza di empatia da parte del personale sanitario, alimentata spesso da rappresentazioni stereotipate dei RTPI, che può portare nei migranti a una percezione di discriminazione o razzismo. Da qui la necessità di prevedere percorsi formativi che integrino elementi "etnoclinici" e che approfondiscano la conoscenza delle pratiche sanitarie e dei sistemi di cura nei Paesi di origine, in modo da permettere di interpretare correttamente i codici culturali del sintomo e del bisogno di salute, oltretutto profondamente diversi da cultura a cultura.

Un secondo ambito di criticità riguarda poi la **frammentazione dei linguaggi, delle pratiche e degli standard operativi tra i diversi enti coinvolti nelle varie fasi dell'accoglienza e della presa in carico sanitaria**. Si tratta di un elemento strettamente connesso alle già evidenziate disomogeneità della governance multilivello (cfr. §4.1) e che, come riportato in più testimonianze, si traduce in una vera e propria "rete a macchia di leopardo", con capacità di accoglienza, invio e gestione dei casi molto variabili da un territorio all'altro. In alcuni contesti, questa disomogeneità arriva a manifestarsi nella mancanza di un vero e proprio vocabolario comune tra i professionisti della sanità e del sociale, persino rispetto a concetti chiave come la definizione stessa di "vulnerabilità", compromettendo in questo modo la qualità della presa in carico. A ciò si aggiunge anche la necessità, sottolineata in più contesti, di adottare un approccio realmente multidisciplinare al trattamento delle vulnerabilità, capace di favorire la contaminazione tra prospettive diverse e lo scambio di strumenti tra specializzazioni, al fine di garantire una presa in carico effettivamente olistica e globale della salute del migrante. Accanto a queste esigenze trasversali, dalle analisi condotte emerge poi una **forte eterogeneità territoriale nelle esperienze, nelle modalità di intervento e nei livelli di preparazione degli operatori**: accanto a realtà con competenze consolidate nel riconoscimento e nella gestione delle vulnerabilità, se ne trovano altre che risultano invece meno attrezzate o più isolate. Da qui il diffuso fabbisogno di attivare spazi strutturati di confronto e intervizione tra pari, per permettere al personale di riflettere sulle pratiche, condividere dubbi e difficoltà riscontrati nella prassi clinica, e mantenere un allineamento metodologico e operativo stabile nel tempo. A ciò si aggiunge, come già richiamato, la necessità di standardizzare l'utilizzo di protocolli e strumenti specialistici e di diffondere in modo sistematico le buone pratiche già consolidate a livello regionale o nazionale.

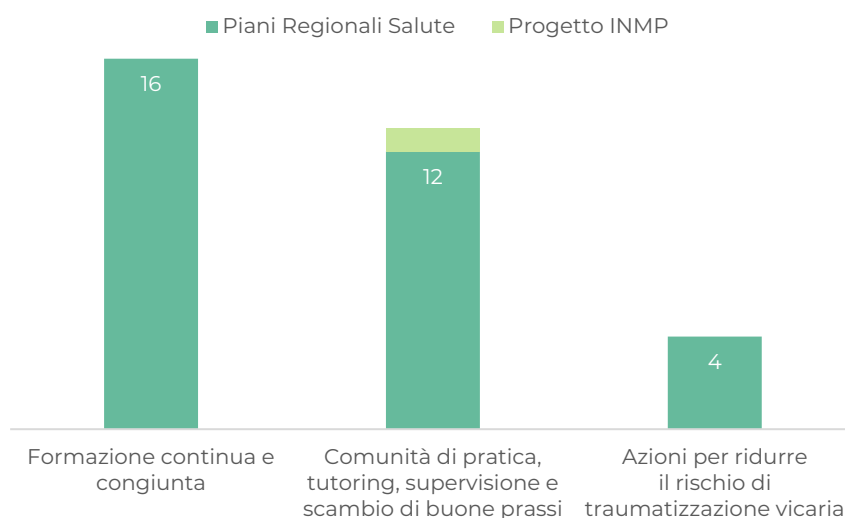
Infine, il terzo e ultimo ambito di criticità riguarda gli **aspetti legati al benessere psicologico e la tenuta emotiva degli operatori che, a vario titolo, lavorano quotidianamente a stretto contatto con i migranti in accoglienza**. La presa in carico delle vulnerabilità che caratterizzano questa popolazione, spesso segnata da traumi estremi, espone infatti il personale a situazioni ad altissima intensità emotiva e a livelli di sofferenza che possono risultare difficili da contenere. Se questa esposizione non è accompagnata da un adeguato sostegno professionale, il rischio è quello di un coinvolgimento empatico eccessivo che, spesso aggravato dalla scarsità di tempo e da carichi di lavoro elevati, può sfociare in forme di stress lavoro-correlato, esaurimento emotivo, traumatizzazione vicaria e burnout. La letteratura in materia⁴⁶ conferma infatti che, in contesti ad alta componente traumatica, la relazione di aiuto può generare un vero e proprio "contagio emotivo" tra la persona traumatizzata e il professionista che la

⁴⁶ Si veda, fra gli altri: McCann, I.L., Pearlman, L.A., *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, *J Trauma Stress* 3, pp.131-149, 1990; Gökhan E., Demircioğlu M., Çirakoğlu O.C., *A neglected aspect of refugee relief works: Secondary and vicarious traumatic stress*, *Journal of Traumatic Stress: Volume 35, Issue 3*, pp. 891-900, 2022; Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P., *Vicarious Impacts of Working with Refugees and Asylum Seekers: An Integrative Review*, *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 22(3), pp.482-502, 2024

assiste, con l'emergere di sintomi assimilabili allo stress post-traumatico e a vissuti depressivi. A questa dimensione si aggiungono poi ulteriori fattori strutturali che amplificano le difficoltà: turnover elevato, discontinuità progettuale e precarietà contrattuale nel privato sociale, elementi che – come riportato in alcune testimonianze – compromettono non solo la continuità delle relazioni di cura, ma anche la stabilità e il benessere psicofisico degli operatori. Alla luce di ciò, alcuni territori sottolineano la necessità di investire in modo più stabile e continuativo sul capitale umano, non soltanto rafforzando la formazione, ma anche prevedendo forme di sostegno professionale e psicologico che aiutino a gestire lo stress secondario e a prevenire il sovraccarico emotivo. In questo senso, diventa essenziale sviluppare strumenti capaci di individuare i possibili fattori di rischio, sia personali che istituzionali, e mettere in campo modelli adeguati ad affrontare simultaneamente la sofferenza delle persone accolte e quella degli operatori che se ne prendono cura.

6.1.2. Azioni programmate

Grafico 19 - Attivazione delle azioni nell'ambito dell'intervento OS1.e)



Fonte: Elaborazione IZI su proposte progettuali

Nel rispondere agli ambiti di criticità rilevati, i 17 Piani Regionali ed il progetto nazionale dell'INMP costruiscono un insieme articolato di azioni rivolte al personale coinvolto a diverso titolo nella presa in carico dei migranti.

Un primo gruppo di interventi riguarda la **formazione specialistica**: quasi tutte le Regioni (16 su 17) prevedono infatti l'attivazione di una qualche forma di percorso di aggiornamento integrato e multidisciplinare, più o meno strutturato e continuativo, erogato in presenza, in modalità FAD o in forma *blended*, e rivolto a operatori sanitari, socio-sanitari, dell'accoglienza, mediatori linguistico-culturali e, più in generale, a tutti gli enti coinvolti nella presa in carico dei migranti. La definizione dei piani formativi avviene solitamente sulla base delle esigenze specifiche dei contesti aziendali e territoriali, individuate attraverso la rilevazione di criticità pregresse, il monitoraggio continuo durante l'attuazione del progetto, il confronto strutturato nell'ambito delle attività di governance, oppure tramite vere e proprie indagini di mappatura dei bisogni formativi – come la somministrazione di questionari o strumenti simili. In alcuni territori ciò si traduce in **percorsi altamente formalizzati**, sviluppati in collaborazione con enti universitari, istituti accademici o centri specialistici regionali e nazionali. L'esempio più significativo è quello della Calabria, che istituisce un vero e proprio corso di alta formazione presso l'Università della Calabria, dedicato a temi quali i diritti dei RTPi in condizioni di vulnerabilità, i processi migratori e le relazioni interculturali, e la sociologia della salute. Analogamente, la Puglia prevede un corso post-laurea in medicina delle migrazioni, offerto questa volta dalla Regione, i cui principali temi vanno dall'approccio interculturale in medicina alla etnopsichiatria, passando per l'individuazione dei segni di tortura e violenza nei migranti. Accanto a questi percorsi più formali, la maggior parte delle Regioni attiva invece **cicli**

formativi meno istituzionalizzati ma più operativi, concepiti per raggiungere un numero ampio di operatori e rispondere ai bisogni quotidiani del lavoro sul campo. Tra le modalità più diffuse rientrano i percorsi di formazione-azione, che combinano teoria e pratica e consentono agli operatori di apprendere direttamente nei contesti in cui operano, mentre in altri casi vengono sviluppati moduli mirati su temi specifici, pensati per colmare lacune professionali individuate a livello territoriale. È il caso ad esempio delle Marche e della Lombardia, che prevedono percorsi formativi dedicati all'intercettazione e alla decodifica delle diverse forme di "disagio", soprattutto di natura psichica, o della Campania e della Toscana, che includono invece cicli specialistici centrati sui bisogni delle donne migranti, affrontando temi come la violenza di genere, le MGF, la salute materno-infantile e quella sessuale-riproduttiva in chiave transculturale. Altre Regioni (ad esempio, Puglia e Sicilia) inseriscono poi moduli specifici sulla governance dell'accesso ai servizi sanitari, con approfondimenti su normativa e meccanismi di iscrizione al SSN e gestione dei codici STP.

Un secondo ambito di intervento è rappresentato dalle **azioni finalizzate allo scambio di buone pratiche fra operatori o enti**, che coinvolge sotto diverse forme ben 12 Piani su 17. Una prima modalità di intervento consiste in questo senso nell'**attivazione di percorsi di intervizione, supervisione o tutoring su casi complessi**, che in alcuni territori prevedono il coinvolgimento di équipes sanitarie particolarmente esperte, ma che possono assumere forme anche più orizzontali. Un caso particolarmente significativo è quello dell'Umbria, che istituisce un servizio iperspecialistico di Consulenza Antropologica e Mediazione Etnoclinica (CAMEC) che, a seconda delle richieste provenienti dal territorio, offre differenti tipologie di supporto, tra cui quella della supervisione su casi specifici di particolare complessità, rivolta sia a singoli operatori sia a gruppi multiservizio. Un approccio diverso è adottato invece dal Piemonte, che introduce un modello più orizzontale basato su giornate annuali di autoformazione rivolte a tutte le équipes multiprofessionali regionali, in cui i partecipanti vengono suddivisi in gruppi tematici per discutere e analizzare i casi affrontati nel corso dell'anno; tali incontri sono poi affiancati dalla possibilità di prevedere momenti di confronto "a chiamata" tra le équipes, finalizzati alla supervisione congiunta dei casi più complessi, anche grazie al supporto dell'applicativo informatico regionale (cfr. §4.1). Parallelamente, molte Regioni investono nella **creazione di spazi regolari di confronto tra pari, attraverso comunità di pratica regionali o interregionali e ulteriori strumenti di cooperative learning**. In Sardegna, ad esempio, viene adottato un approccio particolarmente articolato che combina diverse modalità educative per favorire la partecipazione attiva degli operatori: focus group, formazione on the job, mentoring sul campo e altre formule che vengono selezionate in funzione delle esigenze e delle preferenze emerse durante la fase di profilazione dei partecipanti. Un caso altrettanto significativo è quello del Molise, che affida proprio alle Comunità di Pratica (tre a livello regionale, una per ciascun Nodo territoriale) il ruolo di principale strumento formativo per gli operatori coinvolti nella presa in carico delle vulnerabilità. Qui il riferimento teorico è esplicito: le CoP sono concepite come *"gruppi [auto-organizzanti] di persone che condividono un interesse per qualcosa che fanno e imparano a farlo meglio mentre interagiscono regolarmente (Wenger, 1998)"*. Anche a livello nazionale si riscontra un intervento di rilievo in questa direzione. Il progetto TUTELAE dell'INMP, nell'ambito del Work Package 1 dedicato all'applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA, prevede infatti l'attivazione di una Comunità di pratica informatica rivolta ai team attivi su tutto il territorio nazionale. Si tratta di uno spazio digitale pensato per favorire lo scambio di buone prassi, il confronto sulle criticità riscontrate e l'armonizzazione delle modalità applicative del Protocollo. All'interno della CoP è inoltre programmata l'erogazione di una formazione specifica in modalità FAD asincrona, sia sui contenuti del Protocollo sia su ulteriori bisogni che dovessero emergere in corso d'opera.

Infine, il terzo ambito di intervento riguarda l'insieme delle **azioni di sostegno professionale e psicologico finalizzate a prevenire il sovraccarico emotivo e il rischio di traumatizzazione vicaria**. Questa categoria di azioni appare in maniera esplicita in un numero relativamente ristretto di Piani – quattro in totale: Liguria, Veneto, Umbria ed Emilia-Romagna – sebbene rappresenti un tema di intervento cruciale nell'ambito della presa in carico delle vulnerabilità dei migranti. Le misure previste in tal senso vanno dall'attivazione di spazi, nei luoghi di lavoro, dedicati all'analisi dei casi complessi che generano maggiore fatica emotiva, all'organizzazione di momenti strutturati di ascolto e sostegno psicologico individuale oppure sedute di psicoterapia di gruppo rivolte agli operatori più esposti. L'Umbria prevede in questo senso un servizio specialistico di accompagnamento etno-

clinico, nell'ambito del CAMEC precedentemente menzionato, a supporto del benessere degli operatori in stato di difficoltà psico-emotiva, aiutandoli a gestire la differenza culturale nella relazione di cura. Non mancano poi interventi più "istituzionalizzati": in Veneto si menziona la definizione di protocolli d'intesa per garantire spazi di supervisione continuativa e favorire la rilevazione precoce di sintomi riconducibili a disturbi della sfera psicologica negli operatori, mentre in Liguria viene prevista la collaborazione con i Servizi di Medicina del Lavoro attraverso l'istituzione di visite mediche periodiche. Non mancano, infine, interventi di natura più formativa, come i corsi sulla prevenzione e la gestione della traumatizzazione vicaria rivolti alle equipe multidisciplinari, che mirano a fornire consapevolezza, strumenti operativi e strategie di protezione emotiva.

Complessivamente, le azioni previste all'interno della presente dimensione delineano quindi un approccio che non si limita alla trasmissione di competenze tecniche, ma abbraccia la costruzione di capacità relazionali, la cura delle reti professionali e la tutela del benessere psicologico di coloro che operano quotidianamente in contesti ad alta complessità emotiva. Si configura in questo senso un **processo di professionalizzazione sistemica** che, oltre a sviluppare le competenze individuali, punta a costruire un tessuto territoriale solido, formato da **un corpo professionale multidisciplinare, resiliente e culturalmente competente in grado di assicurare nel tempo la qualità, l'omogeneità e la sostenibilità della presa in carico delle vulnerabilità** dei RTPi accolti nei diversi territori. In relazione alle azioni programmate, emerge tuttavia la necessità di rafforzare ulteriormente, su tutto il territorio nazionale, la consapevolezza dell'importanza di interventi specificamente orientati alla prevenzione del rischio di traumatizzazione vicaria degli operatori coinvolti, che ad oggi risultano invece ancora limitati a una quota minoritaria di Regioni.

6.2. UNO SGUARDO TERRITORIALE

Le azioni programmate legate alla dimensione della formazione dei tre progetti individuati come casi studio sono analizzate di seguito. La Tabella 9 mostra una sintesi degli ambiti di intervento rilevati a partire dalla documentazione progettuale e dalle interviste effettuate nell'analisi dei progetti pERsone (prog-248) in Emilia-Romagna, Fari4Lazio (prog-493) nel Lazio e M.I.S.CA (prog-603) in Campania.

Tabella 9 - Ambiti progettuali rilevati nei tre casi studio inerenti alla formazione, intervizione e supporto agli operatori

| CASI STUDIO | Formazione continua e congiunta degli operatori sanitari e sociali, mediatori culturali, etc. | Tutoring, supervisione, comunità di pratica e cooperative learning | Sostegno per il benessere degli operatori sanitari e sociali, mediatori culturali, etc. |
|------------------------|---|--|---|
| PROG-248 pERsone | | | |
| PROG-493 FARI4LAZIO | | | |
| PROG-603 M.I.S.CA | | | |

Fonte: Elaborazione IZI su informazioni da Piani Regionali Salute

6.2.1. Formazione continua e congiunta

I tre progetti affrontano la formazione degli operatori a partire da processi partecipati di emersione dei bisogni formativi dei territori. In Emilia-Romagna, le esigenze sono definite dal basso, partendo dai tavoli territoriali e riportati nel board regionale, che identifica le priorità condivise e decide quali percorsi attivare. M.I.S.CA segue una logica simile, dove la programmazione formativa nasce dai tavoli di lavoro interni alle ASL, che coinvolgono diversi dipartimenti sanitari. Nel progetto Fari4Lazio, l'individuazione dei temi avviene a livello regionale

attraverso la selezione iniziale di macro-argomenti poi adattati attraverso la formazione destinata ai formatori e modulati nel passaggio a livello aziendale tramite la formazione “a cascata” nelle singole ASL.

Sul piano organizzativo, i tre modelli differiscono nelle modalità di erogazione della formazione, fermo restando l’obiettivo comune di raggiungere il più possibile gli operatori sanitari e sociali coinvolti nelle filiere della presa in carico. In **pERsone**, la formazione avviene attraverso eventi regionali centralizzati, con cinque eventi di formazione all’anno rivolti al personale delle AUSL ma aperti anche agli operatori dell’accoglienza dell’intera regione. La Regione Emilia-Romagna svolge il ruolo di ente coordinatore, mentre l’AUSL di Ferrara rilascia gli ECM. Gli interventi formativi sono rivolti a tutte le professioni coinvolte, comprese quelle non sanitarie, e spesso assumono la forma di convegni tematici interdisciplinari. È prevista anche la creazione di strumenti condivisi, come la guida per l’iscrizione al SSN.

Fari4Lazio adotta una struttura a due livelli: dopo la formazione regionale dei formatori, le singole ASL realizzano percorsi “a cascata” interni. Questo modello amplifica la capillarità, garantendo che i contenuti vengano diffusi in modo omogeneo. La formazione a cascata è affiancata da altri strumenti formativi multimediali innovativi, come podcast tematici e simulazioni immersive in realtà virtuale per migliorare la gestione clinica di casi complessi, come ad esempio le vittime di tortura. I podcast hanno una duplice funzione: da un lato, costituiscono una forma di trasferimento di conoscenze di base e avanzate, dall’altro permettono una fruizione flessibile, asincrona e non vincolata alla presenza, che favorisce l’apprendimento continuo. Si configurano come uno strumento di divulgazione formativa, utili sia agli operatori sia a persone interessate o coinvolte in percorsi di sensibilizzazione, e sono pensati per rendere accessibili temi specialistici anche a un pubblico più ampio. È in fase decisionale la piattaforma su cui pubblicare i podcast. Le simulazioni immersive sono invece sperimentazioni che si collocano nel dominio dell’apprendimento esperienziale e della costruzione di competenze pratiche e relazionali attraverso l’interazione con scenari complessi.

M.I.S.CA adotta una struttura modulare e diffusa nei territori, che prevede otto cicli formativi per anno (due per ogni territorio), composti da sei ore ciascuno, per un totale di 24 cicli formativi in tre anni di progetto. La responsabilità della preparazione dei cicli di formazione è suddivisa tra i tre enti del terzo settore partner di progetto: 4 cicli formativi organizzati dal Consorzio La Rada, 8 cicli organizzati da Cidis e 12 da IPRS. L’attività formativa è stata pensata in forma più breve e concentrata, su richiesta delle ASL, per adattarsi ai vincoli organizzativi del personale sanitario e garantire partecipazione costante. La formazione è rivolta sia operatori sanitari interni alla ASL sia operatori sociali ed educativi del sistema di accoglienza, con l’obiettivo di creare un linguaggio comune e migliorare il coordinamento tra servizi. È già stata delineata l’intenzione di rendere disponibile una parte del materiale formativo anche in formato online, così da mantenerlo fruibile nel tempo per gli operatori che vorranno approfondire determinati aspetti.

Rispetto ai contenuti della formazione, tutti i progetti affrontano tematiche trasversali, ma con accenti diversi a seconda delle esigenze emerse. Il progetto **pERsone** nel primo anno di attività ha organizzato eventi formativi sull’orientamento e l’accesso al SSN, la determinazione dell’età anagrafica, l’utilizzo della cartella informatizzata migranti, le MGF. A questi corsi si sono aggiunti dei workshop su mediazione culturale e certificazione medico-legale delle vittime di torture e violenze, a cui è stato registrato un alto livello di partecipazione e gradimento, sebbene non fosse previsto il rilascio di crediti formativi.

Fari4Lazio si è concentrato su tematiche quali il diritto alla salute dei RTPI, la salute mentale post-trauma, le MGF, la violenza di genere e le sue implicazioni sanitarie e legali. Le tematiche affrontate nei podcast sono MGF, prevenzione del trauma vicario, medicina legale, certificazione degli esiti di violenze e torture, salute mentale e disturbi post-traumatici. Rispetto alle simulazioni immersive, l’ambiente 3D ottimizzato, dotato di animazioni in lingua e interfacce interattive, riproduce in modo credibile situazioni cliniche delicate come ad esempio la prima visita psichiatrico-psicologica con una vittima di tortura. L’operatore, immerso nel visore, non studia semplicemente cosa “bisogna dire”, ma sperimenta le conseguenze di un approccio corretto, ambiguo o scorretto. La simulazione diventa quindi uno spazio protetto dove poter sbagliare. È significativa l’attenzione alle reazioni corporee (ansia, movimento delle dita o della gamba), perché porta l’operatore a sviluppare capacità di osservazione non verbale che nella realtà clinica sono fondamentali ma difficili da apprendere solo attraverso la teoria.

Nella formazione di **M.I.S.CA** emerge l'importanza della dimensione antropologica e culturale. Durante i tavoli preliminari dell'ASL di Benevento è stata evidenziata la necessità di formare il personale sanitario alla comprensione dei contesti culturali dei migranti. La formazione ha quindi integrato contenuti rivolti a far comprendere la complessità umana e culturale che accompagna ogni persona straniera in carico ai servizi, superando approcci puramente clinici o burocratici. Anche gli aspetti psicologici e psichiatrici sono stati ritenuti centrali poiché molti migranti portano vissuti traumatici legati a persecuzioni, torture, violenze e ai rischi del viaggio. Nei corsi quindi sono stati approfonditi il trauma, il disturbo post-traumatico da stress, i meccanismi di vulnerabilità psicologica e le ricadute sulla salute mentale. È stata inoltre evidenziata la relazione tra vulnerabilità psicologica e rischio di sviluppare dipendenze (da alcol, sostanze o altre forme di abuso), fenomeno segnalato come rilevante nei centri di accoglienza. Questo ha portato ad includere contenuti riferiti alle dipendenze patologiche e al ruolo dei servizi dedicati. L'integrazione con specialisti psichiatri e psicologi ha permesso di costruire un percorso che non si limita ad illustrare diagnosi e cure, ma che aiuta gli operatori a riconoscere segnali precoci, a gestire le relazioni e ad orientare in modo corretto i casi complessi.

6.2.2. Intervisione e tutela del benessere del personale

Nell'ambito dello scambio delle buone pratiche, in tutti e tre i progetti un ruolo rilevante è attribuito agli incontri trimestrali e ai board regionali, nei quali tutte le équipes si ritrovano per condividere esperienze, risultati e innovazioni organizzative. Questa dimensione collettiva consente una circolazione costante delle pratiche ritenute efficaci e la possibilità di rielaborarle all'interno delle singole realtà territoriali. Oltre ai momenti formativi e agli incontri periodici, Fari4Lazio prevede **forme di scambio diretto fondate sulla presenza fisica degli operatori presso altre ASL**. La visita osservativa di membri delle équipes ai servizi di un'altra azienda sanitaria rappresenta una modalità concreta di apprendimento sul campo: gli operatori possono assistere in modo diretto a delle attività specifiche, acquisendo conoscenze operative immediatamente trasferibili. Questa forma di mobilità inter-aziendale favorisce la diffusione delle buone pratiche e la standardizzazione dei processi. Lo scambio non si limita al contesto regionale: vi sono esperienze con enti esterni, come il confronto a distanza con l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) Milano per l'assistenza ai MSNA e la visita di specialisti della ASL di Modena al centro SaMiFo. Il progetto M.I.S.CA pone invece una **forte attenzione ai meccanismi di supervisione, intervisione e tutoring per la gestione dei casi complessi**. Le équipes multidisciplinari hanno accesso a supervisioni condotte da personale esperto, attivate su richiesta quando la presa in carico presenta elevati livelli di complessità clinica o richiede la collaborazione di più servizi. Queste supervisioni non si limitano a un supporto tecnico-clinico, ma forniscono una lettura integrata del caso e orientano la definizione di strategie di presa in carico condivise.

Per quanto riguarda le azioni di supporto indirizzate a tutelare il benessere del personale sanitario e non, l'Emilia-Romagna ha provveduto a **integrare la prevenzione del trauma vicario nelle dinamiche organizzative e nei processi di lavoro dell'équipe multiprofessionali**, in maniera più o meno strutturata a seconda delle AUSL. Sono previsti momenti di debriefing sia collettivi, sia attivabili su richiesta individuale. Tali spazi consentono agli operatori di elaborare esperienze emotivamente gravose, riducendo il rischio di sovraccarico. La presenza stabile dello psicologo nell'équipe sanitaria rafforza il sistema di tutela, garantendo una funzione di osservazione continua e di identificazione precoce dei segnali di stress negli operatori. I percorsi individuali di supporto psicologico sono disponibili sia per personale interno, sia per figure esterne coinvolte nella rete territoriale che ne manifestino il bisogno.

Nel progetto **Fari4Lazio** l'attenzione al tema si concretizza principalmente attraverso attività formative. È stato realizzato un podcast sul trauma vicario e, nella formazione per formatori e – ove lo ritengano necessario - nelle successive formazioni a cascata, sono stati inseriti contenuti specifici relativi alle conseguenze sulla salute mentale di racconti traumatici - come ad esempio le MGF - e sui rischi connessi all'esposizione professionale alle narrazioni delle persone assistite. L'approccio mira a fornire conoscenze e strumenti di riconoscimento, senza prevedere dispositivi strutturati di supporto psicologico dedicato agli operatori coinvolti nel progetto. La ASL Roma 1 tuttavia offre spazi di supporto psicosociale ai funzionari delle Commissioni territoriali, considerati

particolarmente esposti a testimonianze traumatiche senza possedere, in molti casi, una formazione pregressa in ambito psicologico o sanitario.

Il progetto **M.I.S.CA** prevede che gli incontri con il personale esperto possano offrire agli operatori anche uno spazio di riflessione guidata, utile anche a prevenire il rischio di sovraccarico emotivo o traumatizzazione vicaria, che può emergere nell'affrontare decisioni delicate come ricoveri coatti o interventi ad alta responsabilità.

6.2.3. Elementi chiave emersi

Le evidenze emerse dall'analisi dei casi studio mostrano come **la definizione dei contenuti formativi a partire dai bisogni espressi dai territori rappresenta un elemento qualificante dei progetti osservati**. In tutti i progetti la formazione non è concepita come un intervento standardizzato, ma come un processo dinamico che nasce dal confronto costante tra servizi sanitari, sociali e altri attori della rete locale. Questo approccio "dal basso" consente di intercettare criticità concrete della presa in carico e di costruire percorsi formativi percepiti come pertinenti dagli operatori, rafforzando al contempo il senso di corresponsabilità e di appartenenza a un sistema integrato di intervento.

Un ulteriore elemento di rilievo riguarda la **varietà delle modalità formative adottate**, che riflette differenti scelte organizzative e livelli di sperimentazione. In particolare, l'esperienza del Lazio introduce strumenti innovativi – come podcast e simulazioni immersive – che ampliano le possibilità di apprendimento e rispondono all'esigenza di flessibilità degli operatori. Tali soluzioni appaiono promettenti in termini di accessibilità e coinvolgimento, soprattutto per lo sviluppo di competenze pratiche e relazionali, pur rendendo necessario, in una prospettiva futura, un monitoraggio sistematico della loro efficacia formativa e del loro impatto sui comportamenti professionali. I **contenuti della formazione** risultano differenziati in funzione delle specificità territoriali e delle sensibilità prevalenti nei diversi contesti regionali. In Emilia-Romagna emerge una maggiore attenzione agli aspetti formali e procedurali legati all'accesso ai servizi; nel Lazio prevalgono tematiche sanitarie e cliniche connesse alla tutela della salute e alla gestione di situazioni traumatiche; in Campania assumono un ruolo rilevante le dimensioni culturali, antropologiche e psicologiche della presa in carico. Questa eterogeneità non appare come una criticità, ma piuttosto come un indicatore della capacità dei progetti di adattarsi alle esigenze locali, valorizzando approcci coerenti con i bisogni e le competenze presenti nei territori.

Con riferimento infine al **tema della prevenzione del trauma vicario**, quest'ultimo è affrontato in modo particolarmente strutturato nel progetto pERsone che prevede la presenza dello psicologo all'interno delle equipè sanitarie e momenti di debriefing istituzionalizzati rivolti agli operatori. Fari4Lazio, invece, integra tale tema nella formazione rivolta agli operatori e offre un supporto specializzato ai funzionari delle Commissioni Territoriali considerati particolarmente esposti a testimonianze traumatiche e considerati, generalmente, privi di una formazione in campo psicologico o sanitario.

7. ALFABETIZZAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

7.1. I FABBISOGNI E LE AZIONI PROGRAMMATE

7.1.1. Fabbisogni presenti sul territorio

Un'ultima, ma non per importanza, dimensione di criticità rilevata in maniera trasversale è costituita dalla **scarsa alfabetizzazione sanitaria che caratterizza la popolazione dei RTPI**. Prima di approfondire tale criticità, è utile chiarire il significato di "alfabetizzazione sanitaria": con questo termine si intende quell'insieme di "conoscenze e competenze personali [...], mediate dalle strutture organizzative e dalla disponibilità di risorse, che consentono alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi [sanitari] in modi che promuovono e mantengono una buona salute e un buon benessere per sé e per chi le circonda"⁴⁷. L'alfabetizzazione sanitaria è ormai riconosciuta da tempo a livello internazionale come un determinante cruciale della salute, poiché influenza la capacità di utilizzare i servizi in modo appropriato, di comprendere le indicazioni mediche e di aderire ai trattamenti prescritti. Essa non si limita alla semplice capacità di leggere e capire le informazioni sanitarie, ma include un ventaglio più ampio di elementi che consentono agli individui di interpretare il proprio stato di salute, esprimere i propri bisogni, esercitare un giudizio critico e mettere in pratica processi decisionali informati per raggiungere risultati positivi in termini di salute. Inoltre, livelli più bassi di alfabetizzazione sanitaria generano impatti negativi non solo per il singolo, ma per la società nel suo complesso: questi contribuiscono infatti ad aggravare la pressione sui servizi sanitari, a produrre costi più elevati per il sistema, a peggiorare la salute pubblica e ad ampliare le disuguaglianze tra gruppi socioeconomici e territori. Alcuni gruppi sociali risultano maggiormente esposti al rischio di una bassa alfabetizzazione sanitaria a causa di una serie di fattori, tra cui la deprivazione economica, un basso status sociale o livelli d'istruzione limitati⁴⁸, che incidono negativamente sulla capacità di comprendere e utilizzare le informazioni e i servizi sanitari. Numerosi studi recenti confermano che rifugiati e migranti rappresentano in questo senso una popolazione particolarmente vulnerabile, poiché tali condizioni svantaggiate si intrecciano spesso a ulteriori barriere di accesso, portando a livelli di alfabetizzazione mediamente più bassi rispetto alla popolazione autoctona (sebbene il livello di rischio vari in funzione dell'età, del genere, della conoscenza della lingua e del tempo trascorso nel Paese ospitante).

Dalle analisi condotte, tra questi ulteriori elementi emergono in modo trasversale due principali macro-ambiti di criticità, riscontrati in maniera più o meno esplicita nei Piani Regionali e confermate dalle evidenze raccolte:

1. La **scarsa educazione sanitaria e la scarsa conoscenza del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale** da parte dei destinatari, che possono determinare spesso un uso improprio dei percorsi e dei servizi;
2. La **presenza di barriere linguistiche e culturali** che incidono nella comprensione delle informazioni sanitarie e nella relazione terapeutica paziente / operatore.

Per quanto riguarda il primo ambito, quasi tutti i Piani Regionali convergono sull'evidenziare **un livello generalmente basso di educazione sanitaria e di conoscenza del funzionamento del SSN italiano da parte dei**

⁴⁷ World Health Organization, *Health Promotion Glossary of Terms 2021*, Geneva, 2021

⁴⁸ Cfr. Sørensen K. et al., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*, European Journal of Public Health, Volume 25, Issue 6, pp.1053–1058, 2015

RTPI. Tale condizione si traduce spesso in un utilizzo frammentario, tardivo o improprio dei servizi sanitari territoriali, con ricadute significative sia sull'efficacia delle prese in carico sia sull'efficienza complessiva del sistema. A tal proposito, molte Regioni evidenziano il fabbisogno urgente di migliorare la comprensione, da parte dei destinatari, dei propri diritti sanitari, delle nozioni di salute di base, delle modalità di accesso alle cure e della funzione dei diversi servizi. Queste evidenze territoriali sono perfettamente in linea con quanto sostenuto dall'OMS che, nel corso degli ultimi anni, ha difatti più volte sottolineato come alcune delle barriere più ricorrenti per migranti e rifugiati nell'accesso ai sistemi di cura nei Paesi ospitanti riguardino la difficoltà a disporre di informazioni chiare su come registrarsi ed utilizzare i servizi e la mancanza di consapevolezza rispetto ai propri diritti sanitari⁴⁹. A rendere ancora più complesso il processo di orientamento contribuisce poi l'eterogeneità delle provenienze e, di conseguenza, la grande variabilità dei modelli sanitari presenti nei Paesi di origine – spesso profondamente diversi da quello italiano per organizzazione, modalità di accesso e prassi di erogazione delle cure – che genera, nel contatto con il SSN, confusione, incertezza e un senso di spaesamento che può incidere negativamente sulla capacità di attivare percorsi di cura appropriati. Alle difficoltà strutturali si aggiunge, secondo le testimonianze raccolte sul territorio, un più generale gap conoscitivo rispetto alla cultura medica e al concetto stesso di salute. In alcuni casi, le persone migranti provengono, infatti, da contesti in cui il ricorso ai servizi sanitari è sporadico o quasi inesistente, al punto che non è raro imbattersi in beneficiari che dichiarano di “non aver mai visto un medico” prima dell'arrivo in Italia. Infine, non bisogna poi dimenticare che, a contribuire alla bassa educazione sanitaria e alla difficoltà di orientamento nel SSN, contribuisce anche il fatto che i RTPI vivono frequentemente in contesti sovraffollati e con risorse limitate, dove l'accesso a informazioni sanitarie affidabili non è sempre garantito, alimentando una particolare vulnerabilità alla disinformazione⁵⁰.

A questa problematica si affianca **la presenza diffusa e sistemica di ostacoli comunicativi**, che spaziano dalle barriere linguistiche di fondo alle barriere prodotte dalla diversità culturale. Molti Piani Regionali evidenziano, ad esempio, le difficoltà degli utenti nel comprendere il materiale informativo, spesso disponibile unicamente in lingua italiana e redatto con un linguaggio tecnico o burocratico poco accessibile. Allo stesso modo, viene frequentemente segnalato come i fattori linguistico-culturali possano aggravare situazioni già di per sé critiche, ad esempio durante gli sbarchi, in cui l'incomprensione può generare stress aggiuntivo per il paziente e aumentare il rischio di fraintendimenti o errori nella formulazione della diagnosi e nella definizione del percorso di cura. In queste situazioni, alle evidenti barriere linguistiche si va ad aggiungere, come già osservato in precedenza (cfr. §6.1), anche il fatto che le sofferenze e i disturbi sono vissuti e manifestati secondo codici culturali specifici, che si fondano su concezioni altrettanto specifiche della cura, del corpo e della malattia. Anche in questo caso, quanto riportato nei Piani Regionali trova piena corrispondenza nella letteratura in materia e nelle evidenze raccolte sul campo. Numerosi modelli concettuali identificano infatti la cultura e il linguaggio come “antecedenti” fondamentali che influenzano il livello complessivo di alfabetizzazione sanitaria e la capacità degli individui di interagire efficacemente con il sistema di cura⁵¹. Una comprensione limitata delle istruzioni per l'assunzione dei farmaci, delle diagnosi, delle opzioni terapeutiche o delle modifiche nello stile di vita può in questo senso compromettere la gestione delle patologie, anche nel caso di persone che, nel proprio Paese di origine, possiedono livelli adeguati di educazione sanitaria. Nella relazione terapeutica con il paziente straniero, le diverse testimonianze raccolte rilevano poi una serie di fattori culturali che incidono in maniera più o meno rilevante nell'interazione clinica. Questi possono concretizzarsi, per fare alcuni esempi, in diverse abitudini nel campo dell'alimentazione e dell'igiene; difficoltà nel comprendere l'ipermedicalizzazione occidentale di eventi “naturali” come la gravidanza ed il parto; diffidenza nell'accettare esami diagnostici o trattamenti farmacologici che contrastano con dettami religiosi; arbitrarietà del significato di termini che hanno accezioni diverse nelle due lingue⁵²; maggiore o minore apertura nella relazione con l'altro, variabile in base al background culturale, che

⁴⁹ Cfr. World Health Organization, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*, 2018

⁵⁰ Cfr. Sørensen K., *Health literacy is a human rights concern. A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights*, Strasbourg: Council of Europe, 2024

⁵¹ Cfr. Sørensen K. et al., *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, BMC Public Health 2012, 12:80

⁵² Ad esempio, il termine somalo “kili” indica il rene, ma anche in generale l'area addominale latero-anteriore, mentre in italiano il “mal di reni” viene solitamente associato all'area lombare, quindi una traduzione lessicale può far perdere la precisa localizzazione del dolore.

influenza la facilità di instaurare una relazione di fiducia con l'operatore; barriere relative al genere che possono ostacolare o complicare l'accesso alle cure o l'esplorazione di aspetti clinici sensibili.

Tutte queste barriere si traducono in una serie di criticità ricorrenti per gli RTPI nel venire a contatto con i servizi sanitari italiani che, per ragioni di sintesi, vengono riportate nel Box 2. È importante comunque evidenziare che all'emergere di queste difficoltà contribuiscono comunque una serie di **determinanti sociali della salute** (cfr. §2) quali le condizioni abitative, il tipo di lavoro svolto, la presenza o meno di reti sociali di supporto, che influenzano direttamente la possibilità di adottare comportamenti salutari, di aderire alle indicazioni terapeutiche o di accedere regolarmente ai servizi sanitari. Per molti migranti, infatti, la salute non costituisce una priorità immediata. In una fase di vita spesso caratterizzata da precarietà materiale e instabilità giuridica, a prevalere sono altre esigenze percepite come più urgenti: l'ottenimento o il rinnovo dei documenti, la necessità di trovare un lavoro stabile, l'invio di denaro ai familiari nel Paese di origine, tutti elementi centrali per la riuscita del progetto migratorio stesso.

BOX 2 - Principali criticità rilevate tra RTPI nel contatto con il SSN

Dall'analisi dei Piani Regionali Salute e dalle testimonianze raccolte emergono alcune criticità ricorrenti nella presa in carico dei migranti forzati, riconducibili agli ambiti dell'alfabetizzazione sanitaria, che possono essere sintetizzati come segue.

Difficoltà di navigazione all'interno del sistema sanitario, ad esempio nella prenotazione delle visite, nell'effettuare procedure fondamentali (come la scelta del medico di base / pediatra), e nel riuscire a distinguere tra percorsi di emergenza/urgenza e percorsi ambulatoriali, con un conseguente eccessivo ricorso agli ingressi in pronto soccorso (pratica spesso ereditata dai sistemi di origine in cui rappresenta l'unico servizio gratuito e/o accessibile).

Limitata comprensione del valore della prevenzione, che porta molti utenti a rivolgersi ai servizi solo quando il problema è già conclamato. Ciò si riflette a volte in una bassa adesione agli screening sanitari e in una difficoltà nell'adottare misure contenitive in relazione alle malattie infettive (anche se si osservano differenze significative a seconda dell'area geografica di provenienza).

Scarsa consapevolezza dell'importanza degli stili di vita salutari, che può determinare una resistenza (più o meno evidente anche qui a seconda dell'area geografica di provenienza) a modificare le abitudini alimentari, introdurre attività fisica regolare o astenersi da fumo e alcol, anche in relazione al trattamento di malattie croniche (es. difficoltà di comprendere che il cambio dell'alimentazione rappresenta parte integrante nel trattamento del diabete).

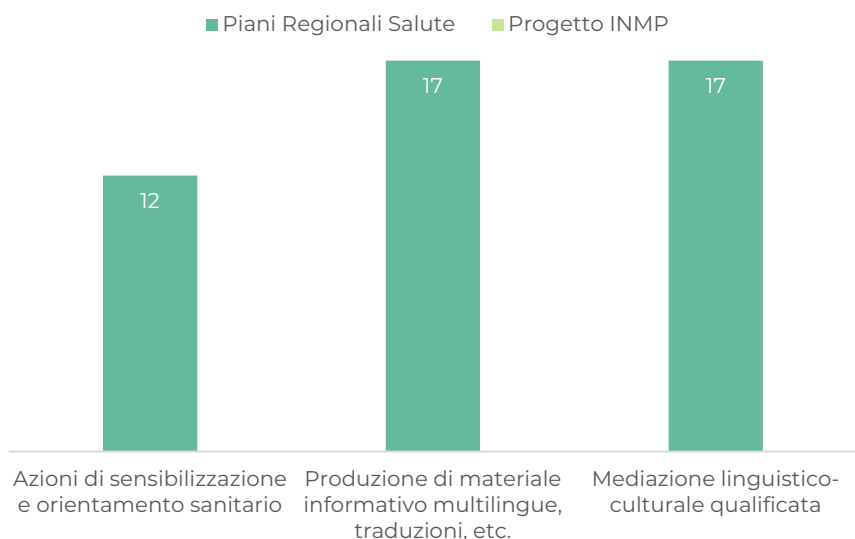
Limitata aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici, che si traduce in una scarsa compliance ai trattamenti farmacologici e non farmacologici e frequente discontinuità nel follow-up (esami di controllo, visite specialistiche), in particolar modo anche qui nel caso di malattie croniche, probabilmente a causa della scarsa familiarità con il concetto di cronicità e con la necessità di una gestione continuativa della patologia.

Difficoltà nell'instaurare una relazione di fiducia tra paziente e operatore, a causa di tutti quegli elementi differenziati che concorrono a sovrapporre, all'asimmetria del rapporto medico-paziente, quella di italiano-straniero, che può rendere più complesso costruire un'alleanza terapeutica solida e favorire una comunicazione trasparente e bidirezionale⁵³.

⁵³ Va tuttavia sottolineato che molte delle difficoltà descritte non riguardano esclusivamente la popolazione migrante: come evidenziato dal Rapporto 2025 della Fondazione GIMBE sul SSN, criticità quali la difficoltà di orientarsi nel sistema sanitario, la scarsa adesione agli screening preventivi o il frequente ricorso ai servizi di urgenza sono diffuse, seppur in misura minore, anche tra la popolazione autoctona.

7.1.2. Azioni programmate

Grafico 20 - Attivazione delle azioni nell'ambito dell'intervento OS1.e)



Fonte: Elaborazione IZI su proposte progettuali

Nel rispondere agli ambiti di criticità rilevati, i progetti finanziati nell'ambito dell'intervento OS1.e) intervengono mettendo in campo una serie articolata di interventi.

Gran parte dei Piani Regionali Salute (12 su 17) prevedono **interventi di orientamento e sensibilizzazione sanitaria** volti a rafforzare la conoscenza del SSN e a sostenere l'acquisizione di competenze fondamentali in termini di tutela della salute. A tal proposito, i temi trattati risultano essere, da un lato, i luoghi, le tipologie e le funzioni dei servizi erogati sul territorio, le procedure di accesso al SSN e il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra, e dall'altro, la salute mentale, l'importanza dell'adozione di stili di vita salutari, la prevenzione degli infortuni sul lavoro, le malattie trasmissibili, le patologie croniche, e la salute sessuale e riproduttiva. La maggior parte delle Regioni prevede percorsi strutturati in **cicli di incontri formativi/informativi e laboratori tematici di approfondimento**, generalmente realizzati direttamente presso le strutture di accoglienza, ma anche all'interno dei servizi sanitari e sociali o presso enti del Terzo Settore che operano stabilmente con la popolazione straniera. Possono essere rivolti alla totalità dei destinatari presenti in accoglienza, ma possono includere moduli specifici per target particolarmente vulnerabili o a rischio (quali donne, minori, MSNA in transito all'età adulta, etc.) o contemplare l'estensione delle attività anche agli operatori delle strutture. Particolarmente interessante risulta essere il caso della Lombardia che prevede, all'interno di un intervento sperimentale sull'alfabetizzazione alla salute mentale, anche il coinvolgimento delle comunità etniche del territorio, nonché la collaborazione con i Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA) per l'erogazione di corsi di italiano incentrati sull'accesso ai servizi sanitari. Accanto a queste attività, alcune Regioni, come Liguria e Umbria, introducono poi degli **sportelli informativi**, concepiti come punti di supporto continuativo per l'utenza migrante finalizzati all'orientamento e l'accompagnamento ai servizi sociosanitari presenti sul territorio. Altre, invece, come le Marche ed il Veneto, prevedono l'implementazione delle attività attraverso **sportelli mobili e servizi itineranti** per animare sessioni di promozione della salute dedicate alle tematiche indicate o per implementare le attività di sensibilizzazione direttamente nei luoghi di aggregazione informale o nelle zone ad alta concentrazione di persone migranti.

Un ulteriore ambito di intervento, implementato in questo caso dalla totalità dei Piani Regionali Salute, riguarda la **produzione e la diffusione di materiale informativo multilingue**, riconosciuto come strumento fondamentale per superare le barriere linguistico-culturali e, allo stesso tempo, guidare il paziente straniero nella fruizione dei

servizi sanitari e nell'acquisizione di competenze fondamentali in materia di salute. Le attività previste in questo ambito sono estremamente diversificate: le Regioni investono infatti sia nella realizzazione di **materiale cartaceo**, quali schede, brochure, dépliant, locandine, etc., sia nella creazione di **contenuti multimediali**, quali videopillole, audio, infografiche, etc. Anche le modalità di diffusione risultano plurime e complementari, garantendo così una copertura informativa capillare e diversificata: il materiale cartaceo viene distribuito e affisso nelle strutture di accoglienza, nei presidi sanitari e sociali, negli sportelli degli enti locali (Comuni, Prefetture), durante gli incontri di orientamento e sensibilizzazione, durante le attività di prossimità e *outreach* (cfr. §5.1), nonché in occasione di eventi pubblici o iniziative informative; i contenuti multimediali vengono invece diffusi tramite i siti web di progetto (quando previsti), i siti web dei partner o i siti web dedicati già esistenti, pagine social, lettori QR code, podcast o tramite media tradizionali come televisioni, radio e quotidiani locali. La varietà dei materiali prodotti riflette la pluralità dei contenuti informativi veicolati, che combaciano a grandi linee con quanto menzionato in relazione agli interventi di orientamento e sensibilizzazione, con l'aggiunta, in questo caso, anche dall'elaborazione di prodotti destinati alla comunicazione e disseminazione delle attività progettuali. La gestione di queste attività varia a seconda dei contesti regionali: alcune Regioni sviluppano i materiali internamente attraverso i propri uffici comunicazione o quelli dei partner di progetto, mentre altre prevedono l'affidamento a soggetti esterni specializzati. Particolarmente interessanti in questo ambito risultano essere il progetto dell'Emilia-Romagna che, come si vedrà meglio in seguito (cfr. §7.2), introduce un sistema centralizzato per le traduzioni dei materiali, e quello della Liguria, che prevede la realizzazione di una "piattaforma crossmediale e multilingue" finalizzata a rendere facilmente accessibili ai migranti su smartphone le informazioni veicolate.

Infine, il terzo ambito d'azione, presente anch'esso in maniera sistematica nella totalità dei Piani Regionali, riguarda il **rafforzamento della mediazione linguistico-culturale**, riconosciuta come componente essenziale per superare le barriere comunicative e facilitare la relazione di cura tra paziente e operatore. La mediazione, infatti, non è intesa unicamente come supporto linguistico, ma come dispositivo relazionale, fondamentale per costruire quel clima di fiducia, empatia e sintonia necessario allo sviluppo di un processo terapeutico efficace. Nella maggior parte delle Regioni, la figura del mediatore è integrata stabilmente nelle équipes multidisciplinari, nelle unità di prossimità e negli ambulatori dedicati ai migranti (cfr. §5.1), partecipando in modo trasversale alle diverse attività progettuali, dalla sensibilizzazione e orientamento, alla supervisione dei casi complessi, passando per l'emersione e la presa in carico vera e propria. Alcuni Piani prevedono poi l'attivazione di servizi specializzati di mediazione, adattati ai bisogni specifici dei territori. Le Marche e l'Umbria, ad esempio, introducono un Servizio di mediazione linguistico-culturale a valenza regionale impiegato, nel primo caso, a supporto soprattutto della sperimentazione degli "spazi integrati etnopsi" nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e, nel secondo caso, dell'operatività degli Ambulatori Migranti e dell'Equipe Mobile Multiprofessionale. La Sardegna e la Puglia prevedono, invece, l'attivazione di un servizio di mediazione in modalità on-demand e/o programmato in giorni e orari definiti presso i presidi sanitari stessi, al fine di facilitare il dialogo tra utenti stranieri e istituzioni socio-sanitarie e di rendere più agevole l'accesso ai servizi. Interessante, infine, anche il caso della Liguria, che predispose un servizio di traduzione telefonica a cura di mediatori e interpreti, accessibile in fasce orarie dedicate e disponibile in diverse lingue e dialetti (arabo, bengalese, wolof, bambara, jula, ucraino), e quello del Veneto, che prevede, nell'ambito delle attività di analisi di contesto (cfr. §4.1) e di formazione degli operatori (cfr. §6.1), la somministrazione di un questionario per mappare le pratiche di mediazione nei diversi territori provinciali e lo sviluppo di un profilo di mediatore-linguistico culturale con competenze specifiche nell'intercettazione e presa in carico delle vulnerabilità⁵⁴.

⁵⁴ Sebbene non finanziata all'interno del PN FAMI 21-27, è a questo proposito comunque utile da richiamare l'istituzione, presso l'INMP, di un "Elenco nazionale dei mediatori transculturali (Elenco MTS)" esperti in campo sanitario, in coerenza al core curriculum aggiornato secondo i *Global Competency Standards* dell'OMS per gli operatori che si occupano della tutela della salute dei migranti e dei rifugiati. Istituito per la prima volta con la deliberazione n.14 del 19 gennaio 2024, l'Elenco MTS si propone come strumento privilegiato in grado di facilitare il contatto tra domanda e offerta di servizi di mediazione altamente specializzati sul territorio. Per ulteriori informazioni, si rimanda alla pagina web dedicata: <https://elencomediatori.inmp.it/>

In conclusione, le azioni sviluppate nell'ambito dell'alfabetizzazione sanitaria riflettono una consapevolezza ormai condivisa: la promozione della salute della popolazione migrante richiede un investimento congiunto sia sul rafforzamento delle capacità individuali sia sul potenziamento delle strutture e delle risorse collettive. In questo quadro, le iniziative previste dai Piani Regionali Salute, pur nella loro eterogeneità e nelle diverse declinazioni territoriali, convergono verso un approccio comune volto a migliorare l'accessibilità, la comprensione e le modalità di fruizione dei servizi sanitari da parte dei RTPI. Dall'analisi delle proposte progettuali, l'alfabetizzazione sanitaria emerge infatti come la dimensione più diffusamente presidiata da tutti i Piani Regionali, a testimonianza di un livello di avanzamento sul tema relativamente omogeneo sull'intero territorio nazionale.

7.2. UNO SGUARDO TERRITORIALE

Le azioni legate alla dimensione dell'alfabetizzazione sanitaria programmate dai tre progetti individuati come casi studio sono analizzate di seguito. La Tabella 10 mostra una sintesi degli ambiti di intervento rilevati a partire dalla documentazione progettuale e dalle interviste effettuate nell'analisi dei progetti pERsone (prog-248) in Emilia-Romagna, Fari4Lazio (prog-493) nel Lazio e M.I.S.CA (prog-603) in Campania.

Tabella 10 - Ambiti progettuali rilevati nei tre casi studio inerenti alla dimensione dell'alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute

| CASI STUDIO | Sensibilizzazione e orientamento sanitario | Produzione di materiale informativo multilingue, traduzioni, etc. | Mediazione linguistico-culturale qualificata |
|------------------------|--|---|--|
| PROG-248 pERsone | | | |
| PROG-493 FARI4LAZIO | | | |
| PROG-603 M.I.S.CA | | | |

Fonte: Elaborazione IZI su informazioni da Piani Regionali Salute

7.2.1. Sensibilizzazione e orientamento sanitario

Con l'obiettivo di potenziare la capacità dei RTPI di orientarsi nel sistema sanitario italiano e sviluppare competenze per la tutela della salute, tutti e tre i casi studio considerano **l'orientamento sanitario come una componente inclusa in ogni momento di contatto tra i servizi sanitari e la persona straniera** e non come un'attività separata. La prima visita medica diventa il luogo privilegiato di informazione sul sistema sanitario, sull'assegnazione del medico di base e sulle modalità corrette di accesso ai percorsi di cura. L'orientamento avviene, quindi, in modo diffuso e continuo, inserito nei processi di presa in carico e accompagnamento. Inoltre, grazie alle unità mobili e al lavoro di prossimità nei luoghi di vita, tutti i progetti raggiungono persone che altrimenti non accedrebbero ai servizi.

L'**Emilia-Romagna e la Campania** prevedono poi l'implementazione di ulteriori attività specificatamente dedicate. Nel progetto pERsone le attività di alfabetizzazione sanitaria sono in capo alle singole AUSL, che le strutturano sulle esigenze della loro rete territoriale. Oltre al processo continuo di sensibilizzazione inserito nella normale attività delle équipes multidisciplinari, le AUSL organizzano giornate di sensibilizzazione direttamente nei centri di accoglienza o in alcuni luoghi di aggregazione. Anche il progetto M.I.S.CA prevede incontri informativi presso le strutture di accoglienza di adulti e minori e l'organizzazione di Laboratori di Educazione alla Salute *ad hoc* con una specifica caratterizzazione in chiave interculturale su tematiche emergenti. **L'uso di strumenti audiovisivi**, come le video pillole, **di giochi di ruolo** (ad esempio la simulazione di una chiamata d'emergenza con un operatore) **e di approcci interculturali permette di superare barriere linguistiche e culturali**,

rendendo più accessibili argomenti complessi. La scelta di realizzare incontri ripetuti in alcune strutture risponde alla necessità di consolidare la relazione e di intercettare bisogni emergenti.

Rispetto ai **contenuti trattati nelle azioni di sensibilizzazione**, quelli che riguardano il funzionamento del SSN italiano e l'accesso ai servizi sanitari in assenza di regolarità documentale, sono affiancati da tematiche specifiche che, come si è detto, emergono dai bisogni osservati nei diversi territori. In Emilia-Romagna ad esempio, è stata dedicata attenzione all'educazione alimentare e agli stili di vita, soprattutto per le comunità del subcontinente indiano molto numerose nella Regione, con focus specifici sulla prevenzione del diabete gestazionale e sull'adozione di abitudini nutrizionali più salutari adattate allo specifico contesto culturale. Le iniziative comprendono, inoltre, approfondimenti sulla salute materno-infantile, sulla sessualità e sulla salute riproduttiva. Per i MSNA sono stati sviluppati percorsi psicoaffettivi sulla gestione delle emozioni e della rabbia, mentre altri interventi, spesso realizzati tramite unità mobili, affrontano la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, l'abuso di sostanze e l'educazione all'affettività e sessualità. In M.I.S.CA, tematiche specifiche hanno riguardato l'abuso o l'uso inappropriato dei farmaci spesso utilizzati per compensare disagi più profondi, la prevenzione delle malattie trasmissibili, come ad esempio la scabbia, e la salute mentale intesa come benessere psicologico.

7.2.2. Materiale informativo

Tutti e tre i casi studio prevedono la produzione e diffusione di materiale informativo multilingue, adottando prevalentemente un approccio centralizzato, in cui **la creazione dei materiali è definita e condivisa con il livello regionale, al fine di evitare duplicazioni, ottimizzare le risorse e garantire uniformità linguistica e grafica.** Un elemento distintivo del **progetto pERsone** è l'investimento su un'infrastruttura digitale consolidata e in fase di rinnovamento, rappresentata dall'evoluzione del sito ICARE in una nuova piattaforma "Percorsi di salute Emilia-Romagna", che include una sezione specifica "**hub traduzioni**", che funge da *hub* regionale per la documentazione multilingue. La piattaforma permette la consultazione per ambiti tematici, lingua e parole chiave, rendendo facilmente reperibili materiali relativi a cure primarie, salute materno-infantile, prevenzione, salute mentale e dipendenze, e MSNA. La produzione multilingue include una vasta gamma di tipologie di documentazione, ad esempio guide all'accesso ai servizi sanitari, materiali sul ruolo del medico di medicina generale e del pronto soccorso, schede anamnestiche pediatriche e per adulti, documenti su privacy e consenso informato. Il progetto aggiorna e ristampa anche materiali provenienti da progettazioni pregresse, così da consolidare un patrimonio di conoscenze già validato e ridurre i costi. Oltre alla pubblicazione web, la diffusione avviene attraverso canali molteplici: sale d'attesa delle équipes multidisciplinari, sedi ambulatoriali, unità mobili, ecc. Il **progetto M.I.S.CA** è anch'esso orientato alla produzione diffusa di materiali multilingue, costruita attraverso la collaborazione tra ASL e enti partner del terzo settore. In questo caso la produzione dei contenuti nasce da un processo partecipato, con contributi propositivi da parte degli enti partner, e con una supervisione della ASL di Salerno che garantisce coerenza e adeguatezza tecnico-scientifica. I materiali comprendono guide multilingue, video-pillole e prodotti informativi per la promozione della salute, utilizzati durante gli incontri nei CAS, nei SAI e negli sportelli immigrazione dei Comuni. Infine, nel **progetto Fari4Lazio**, la capofila ASL Roma 1 ha creato una sezione web dedicata al progetto e ha tradotto opuscoli multilingue su Interruzione Volontaria della Gravidanza, contraccezione, diritti e servizi sanitari, oltre al "passaporto della salute" per il contrasto alle MGF.

7.2.3. Mediazione linguistico-culturale

I tre progetti analizzati condividono la **consapevolezza della centralità della mediazione linguistico-culturale come leva strutturale per garantire accesso equo, qualità del percorso sanitario e presa in carico integrata** dei RTP. In tutti i contesti emerge l'idea della mediazione come funzione di sistema, a supporto delle équipes multidisciplinari, unità mobili e degli operatori dell'accoglienza nel gestire bisogni di comprensione reciproca e decodifica culturale. Nel progetto **pERsone** la mediazione linguistico-culturale è presente all'interno delle AUSL attraverso bandi pluriennali con cui viene assegnato il servizio di mediazione. Questo garantisce un'offerta stabile e diversificata per lingue e bisogni territoriali. Si riscontra difatti una sostanziale uniformità di base nei criteri di assegnazione, sebbene i singoli bandi presentino specificità determinate dalle esigenze locali, legate in particolare alle competenze linguistiche richieste calibrate sulla base della distribuzione demografica e della composizione delle comunità straniere nelle diverse province. L'Emilia-Romagna inoltre sta sensibilizzando le

agenzie di mediazione del territorio sull'importanza di disporre di mediatori con formazione specialistica in ambito sanitario, mirando a inserire tale requisito di formazione nei futuri bandi di appalto per i servizi di mediazione. Anche in Campania, il progetto **M.I.S.CA** risulta essenziale per sostenere un servizio di mediazione che altrimenti non troverebbe spazio stabile all'interno delle dotazioni organiche delle ASL. Ogni ASL ha a disposizione la possibilità di attivare interventi di mediazione linguistico-culturale, sia di sistema che a chiamata tramite prenotazione, per coprire esigenze specifiche e lingue meno frequenti. Oltre che nei presidi sanitari, il servizio può essere attivato e integrato nei percorsi di accoglienza, nelle comunità alloggio, nei servizi di riabilitazione e durante le attività sul territorio con l'unità mobile. Nel Lazio, anche il progetto **Fari4Lazio** si propone di consolidare i servizi di mediazione. In tale contesto, la ASL Roma 1 ha promosso un'azione di stabilizzazione, assumendo a tempo indeterminato non solo professionisti sanitari e socio-sanitari (ostetrica, psichiatra, assistente sociale, psicologa), ma anche un gruppo di mediatori, creando così un'équipe multidisciplinare stabile. In ogni caso, attualmente, in casi di necessità, tutte le ASL italiane possono invece fare ricorso a **professionisti formati dall'INMP** e iscritti all'apposito "Elenco nazionale dei mediatori transculturali (Elenco MTS) esperti in campo sanitario", che funge da strumento di reperibilità nazionale che consente agli enti, in caso di carenza di personale locale, di identificare e contattare rapidamente mediatori qualificati esterni.

7.2.4. Elementi chiave emersi

L'analisi dei casi studio evidenzia come l'alfabetizzazione sanitaria e la promozione della salute siano concepite, oltre che come interventi puntuali, come **dimensioni trasversali e strutturali della presa in carico**. In tutti i progetti l'orientamento sanitario è integrato nei momenti ordinari di contatto con i servizi, a partire dalla prima visita e lungo l'intero percorso assistenziale, rafforzato da attività di prossimità e dall'uso delle unità mobili. Tale impostazione favorisce un accesso più equo alle informazioni e consente di raggiungere anche persone che, per condizioni di marginalità o sfiducia, difficilmente intercetterebbero i servizi sanitari attraverso canali tradizionali. Un elemento di particolare interesse emerge dall'esperienza di M.I.S.CA, che valorizza i **Laboratori di Educazione alla Salute come spazi di apprendimento partecipativo e interculturale**. L'adozione di metodologie innovative, basate su strumenti audiovisivi e giochi di ruolo, contribuisce a superare barriere linguistiche e culturali e a rendere comprensibili temi complessi legati alla salute. In una prospettiva di sistema, appare auspicabile che interventi strutturati di sensibilizzazione e alfabetizzazione sanitaria siano previsti in modo sistematico in tutti i progetti, come componente stabile delle politiche di accesso e promozione della salute rivolte ai RTPI.

La produzione e diffusione di materiale informativo multilingue rappresenta un ulteriore punto di forza comune, con modelli organizzativi orientati alla centralizzazione e al coordinamento regionale. In questo quadro, il progetto pERsone si distingue per la messa a disposizione di un'**infrastruttura digitale unica**, costantemente aggiornata e facilmente accessibile, che consente agli operatori di reperire e stampare materiali validati, riducendo duplicazioni e disomogeneità. Tale soluzione rafforza la sostenibilità degli interventi e contribuisce a consolidare un patrimonio informativo condiviso, a supporto sia delle attività cliniche sia di quelle di promozione della salute.

Infine, l'analisi conferma il **ruolo imprescindibile della mediazione linguistico-culturale come leva di qualità e di equità dei percorsi sanitari**. Particolarmente rilevante è l'orientamento di pERsone a richiedere una formazione sanitaria specifica per i mediatori, a fronte di una crescente complessità dei bisogni e di un contesto caratterizzato da rapidi cambiamenti nella composizione delle comunità straniere. Le criticità legate alla carenza di mediatori per alcune lingue emergenti evidenziano la necessità di un maggiore allineamento tra programmazione dei bandi per mediatori, utilizzo effettivo dei servizi e analisi aggiornata dei flussi migratori.

PARTE III

Conclusioni Valutative

8. RISULTATI E RACCOMANDAZIONI

Il presente Rapporto Tematico ha come oggetto le azioni finanziate dal PN FAMI 21-27 nell'ambito dell'intervento OS1.e) *"Implementazione della presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio"*. I capitoli precedenti hanno presentato i risultati degli studi e delle analisi condotte, seguendo il filo conduttore delle quattro dimensioni tematiche rilevate attraverso la Teoria del Cambiamento (cfr. §3). Per ognuna di queste dimensioni sono stati, dapprima, ricostruiti i fabbisogni che emergono dai territori e analizzati gli interventi programmati dai progetti approvati, successivamente si è entrati nel dettaglio delle attività in corso per la realizzazione dei tre progetti selezionati come casi di studio.

Quest'ultimo capitolo è invece dedicato ad **un'analisi più prettamente valutativa che, a partire da quanto emerso in precedenza, mira a rispondere alle Domande Valutative individuate nell'apposita Matrice di Valutazione** attraverso i quattro ambiti di valutazione previsti dal Piano di Valutazione del Programma (rilevanza, efficacia, coerenza e criteri trasversali), per identificare gli accorgimenti utili a migliorarne la qualità nella presente e nella futura programmazione. Risultati e raccomandazioni sono stati trattati cercando di mantenere l'attenzione specifica su ciascuna delle quattro dimensioni tematiche rilevate, in modo da restituire quanto più possibile un prodotto facilmente consultabile e utilizzabile per il proseguimento delle attività progettuali.

8.1. I RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

8.1.1. Rilevanza

In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e rispondono ai bisogni prioritari di salute della popolazione target e alle barriere di accesso identificate a livello nazionale e regionale?

Il PN FAMI 2021-2027 rivolge un'attenzione particolare alla **tutela della salute dei RTPI**, integrandola come dimensione essenziale dei processi di accoglienza e inclusione e finanziando, finora, in questo ambito, 17 progetti regionali e 1 progetto nazionale, per un importo complessivo di oltre 30 milioni di euro. L'architettura operativa dei progetti integra le quattro dimensioni di intervento (governance, formazione, alfabetizzazione, presa in carico), ricostruite attraverso la Teoria del cambiamento, configurando dei modelli operativi che seguono una logica coerente con i processi da realizzare, risultando complessivamente rispondenti ai bisogni rilevati. Inoltre, questo approccio sistemico rappresenta un salto di qualità evidente rispetto alla programmazione precedente, permettendo di passare da iniziative locali e mirate a un modello strutturale finalizzato a rendere stabile e omogenea la presa in carico sanitaria dei migranti vulnerabili su tutto il territorio nazionale.

All'interno della **dimensione della governance multilivello**, i Piani Regionali Salute sembrano agire positivamente nella direzione di una creazione o ampliamento di spazi di raccordo volti a superare la frammentazione che tradizionalmente caratterizza gli interventi territoriali, favorendo una maggiore integrazione tra i soggetti coinvolti nella presa in carico dei RTPI. Pur a fronte di modelli organizzativi molto differenziati, riflesso delle specificità dei diversi contesti regionali, l'analisi dei partenariati evidenzia un coinvolgimento ampio e strutturato degli stakeholder rilevanti nelle attività progettuali. Accanto a Regioni che hanno adottato assetti fortemente centralizzati e "sanitari", altre osservano configurazioni più orizzontali o "miste", caratterizzate dall'inclusione di altre tipologie di soggetti: tra questi, risulta particolarmente interessante il coinvolgimento dell'ANCI regionale,

funzionale a un maggiore raccordo con gli enti titolari dei progetti SAI, e quello di istituti di ricerca e analisi, chiamati a rafforzare la capacità di lettura dei fabbisogni territoriali. Sul versante della standardizzazione delle procedure, si registrano progressi nell'elaborazione di strumenti condivisi per l'identificazione precoce ed il *referral* delle vulnerabilità, in coerenza con gli indirizzi promossi a livello centrale attraverso il Vademecum sulle vulnerabilità. A fronte di tali avanzamenti, permane tuttavia un rilevante fabbisogno non soddisfatto in relazione allo sviluppo e al potenziamento di sistemi informativi digitali integrati, come confermato dal persistente gap conoscitivo sulle condizioni di salute dei RTPI. Più in generale, pur in presenza di esperienze virtuose, si rileva come gli interventi programmati dai Piani Regionali Salute risultino prevalentemente circoscritti alla dimensione intraregionale. Sebbene si registrino alcuni tentativi di rafforzare il coordinamento e l'armonizzazione delle pratiche su scala nazionale – tra cui il Tavolo di confronto interregionale avviato nell'ambito dei progetti ICARE e ICARE2 – tali iniziative appaiono infatti ancora parziali e non pienamente sistematizzate. In questo contesto, assume una valenza strategica il ruolo di *stewardship* svolto dall'INMP nei confronti dei Piani Regionali Salute, attraverso un'azione progettuale espressamente orientata all'individuazione e diffusione delle buone prassi territoriali, nonché mediante l'affiancamento all'Autorità di Gestione all'interno del Tavolo "Piani Regionali Salute". La rilevanza del progetto TUTELAE si rafforza ulteriormente alla luce dell'impegno dedicato alla diffusione della piattaforma SAVe, quale strumento a supporto del monitoraggio delle vulnerabilità e dei percorsi di salute dei RTPI, contribuendo a colmare, almeno in parte, le attuali criticità in termini di integrazione informativa e continuità assistenziale.

Con riferimento alla dimensione dell'**individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità**, i Piani Regionali Salute attivati restituiscono un quadro caratterizzato da un'elevata specializzazione territoriale. Ciascun progetto possiede infatti un proprio focus di intervento prioritario, che riflette sia i fabbisogni maggiormente intercettati nei diversi contesti territoriali sia gli ineguali livelli di maturità dei rispettivi sistemi socio-assistenziali regionali. In tale cornice, emerge comunque con particolare evidenza l'attenzione dedicata alla salute mentale, che rappresenta uno degli ambiti di intervento più ricorrenti e testimonia la crescente pressione esercitata da questa specifica dimensione di vulnerabilità sui servizi regionali. Pur a fronte di bisogni di specializzazione differenziati, l'analisi trasversale dei Piani Regionali consente tuttavia di individuare alcuni elementi comuni. In primo luogo, viene confermata l'importanza strategica delle azioni di prossimità e di *outreach* nel favorire l'emersione precoce delle vulnerabilità "sommese", spesso difficilmente intercettabili attraverso i canali ordinari di accesso ai servizi, in particolare nei contesti di accoglienza straordinaria e nelle situazioni di marginalità estrema. Tali attività si realizzano frequentemente in collaborazione con i centri CAS e SAI presenti sui territori, contribuendo a rendere operativa e concreta la cooperazione tra il sistema di accoglienza e i servizi socio-sanitari, come confermano anche le evidenze emerse dai casi di studio. In questa prospettiva, appare auspicabile che le azioni di prossimità trovino uno spazio più sistematico all'interno di tutti i Piani Regionali Salute. Parallelamente, si conferma l'importanza dell'attivazione o consolidamento di *équipe* multidisciplinari dedicate alla presa in carico delle vulnerabilità psico-sanitarie. Tali *équipe* svolgono una funzione di snodo essenziale tra il sistema di accoglienza e i servizi sanitari territoriali e specialistici, contribuendo a ridurre la frammentazione degli interventi e a garantire percorsi di cura più coerenti e personalizzati, soprattutto nei casi caratterizzati da elevata complessità. Un fabbisogno prioritario per la popolazione target, affrontato tuttavia solo in circa la metà dei progetti, riguarda l'attivazione di percorsi ponte orientati alla riabilitazione, all'inclusione e all'accompagnamento all'autonomia. Tali percorsi risultano fondamentali per assicurare continuità e sostenibilità nel tempo ai processi di *recovery* e non possono esaurirsi nella sola dimensione sanitaria, richiedendo un'integrazione funzionale con le politiche sociali, abitative, formative e di inclusione lavorativa. In questo ambito, risulterebbe quindi particolarmente rilevante che i Piani Salute riuscissero a dialogare in modo strutturato con interventi finanziati da altri programmi e fonti di finanziamento, anche al fine di evitare sovrapposizioni e frammentazioni. Inoltre, gli approcci differenziati ai percorsi ponte riscontrati nei diversi Piani mettono in evidenza l'assenza di indicazioni strutturate e condivise in merito alle soluzioni da adottare, confermando la necessità di un ulteriore sforzo di sistematizzazione e indirizzo a livello di programmazione.

Per quanto riguarda la **dimensione della formazione, intervizione e supporto al personale**, le azioni previste si orientano complessivamente verso un percorso di professionalizzazione sistemica, volto al rafforzamento delle competenze tecniche, delle capacità relazionali e delle reti professionali. Quasi tutte le Regioni attivano infatti percorsi formativi integrati e multidisciplinari, più o meno strutturati, rivolti a operatori sanitari, socio-sanitari, dell'accoglienza e mediatori linguistico-culturali. In questo ambito, appare rilevante garantire continuità e ulteriore consolidamento allo sviluppo, a fianco di competenze operative necessarie alla lettura e al trattamento delle vulnerabilità complesse, di competenze più trasversali ma altrettanto strategiche legate alla salute transculturale e alla medicina delle migrazioni. Accanto alle attività formative, numerosi Piani prevedono inoltre azioni di *cooperative learning* e di intervizione, finalizzate allo scambio di esperienze e di buone pratiche tra operatori. Proseguire e rafforzare tali iniziative risulta particolarmente importante soprattutto nei contesti caratterizzati da forti disomogeneità territoriali e, di nuovo, a livello nazionale, al fine di favorire una maggiore uniformità e qualità delle pratiche operative. A fronte di tali avanzamenti, occorre tuttavia evidenziare come solo una parte limitata dei Piani Regionali Salute – circa un terzo – preveda misure specifiche di sostegno professionale e psicologico finalizzate a prevenire il sovraccarico emotivo e lavorativo e il rischio di traumatizzazione vicaria degli operatori. Questi interventi risultano fondamentali non solo per ridurre il turnover del personale e il rischio di burnout, ma anche per garantire nel tempo la stabilità delle équipes multidisciplinari impegnate nella presa in carico dei RTPI. In questa prospettiva, emerge la necessità di rafforzare su scala nazionale la consapevolezza dell'importanza di interventi strutturati a supporto del benessere psico-emotivo degli operatori, quale condizione essenziale per assicurare continuità, qualità ed efficacia dei servizi erogati.

Sul versante infine della **dimensione dell'alfabetizzazione sanitaria e della promozione della salute**, i Piani Regionali Salute, pur nella loro eterogeneità e nelle diverse declinazioni territoriali, mostrano una chiara convergenza verso un approccio condiviso orientato al miglioramento dell'accessibilità e delle modalità di fruizione dei servizi sanitari da parte dei RTPI. Dall'analisi delle proposte progettuali, l'alfabetizzazione sanitaria emerge infatti come la dimensione più diffusamente presidiata da tutti i Piani Regionali, a testimonianza di un livello di avanzamento sul tema relativamente omogeneo sull'intero territorio nazionale. In questo ambito, appare particolarmente rilevante garantire continuità e ulteriore consolidamento allo sviluppo di azioni di sensibilizzazione e di orientamento sanitario rivolte ai migranti, finalizzate a migliorare la comprensione, da parte dei destinatari, dei propri diritti in ambito sanitario, delle nozioni di salute di base, delle modalità di accesso alle cure e delle funzioni svolte dai diversi servizi. Al contempo, occorre tenere in considerazione come le difficoltà riscontrate in questo ambito siano influenzate anche da una pluralità di determinanti sociali della salute che incidono direttamente sui comportamenti dei RTPI e che meriterebbero un maggiore riconoscimento per una più esplicita integrazione nelle strategie di intervento finalizzata al miglioramento della loro efficacia. Un elemento cardine all'interno di questa dimensione di intervento è poi sicuramente quello del rafforzamento della mediazione linguistico-culturale, presente anch'essa in maniera sistematica nella totalità dei Piani Regionali e riconosciuta come componente imprescindibile per superare le barriere comunicative e facilitare la relazione di cura tra paziente e operatore. Alla luce dei fabbisogni rilevati nei diversi contesti territoriali, appare auspicabile che il processo di integrazione strutturata della figura del mediatore all'interno dei servizi sanitari prosegua e si consolidi ulteriormente.

8.1.2. Efficacia

In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e contribuiscono a potenziare la tutela della salute di RTPI e MSNA e a promuovere un'assistenza sanitaria integrata ed uniforme su tutto il territorio nazionale?

I 17 Piani Regionali Salute attivati nell'ambito dell'intervento OS1.e coinvolgono la **quasi totalità del territorio nazionale**: in termini di copertura geografica, risultano infatti escluse unicamente tre Regioni e una Provincia Autonoma, mentre, all'interno delle Regioni partecipanti, solamente una quota minoritaria dei territori provinciali non hanno aderito all'iniziativa. Nel complesso, quindi, l'estensione territoriale dell'intervento evidenzia una

significativa capillarità, pur lasciando emergere alcune aree di esclusione sulle cui motivazioni sarebbe necessaria un'attenzione specifica in vista della futura programmazione.

Alla data del 30 settembre 2025, 16 Piani su 17 risultano aver avviato le attività, mentre un progetto è ancora in fase di convenzionamento. Considerando l'insieme dei progetti, l'avanzamento degli indicatori comuni di output e di risultato (rispettivamente pari al 12,1% e al 7,9%) appare **complessivamente coerente con la tempistica di attuazione, considerando il recente avvio delle attività**. Tuttavia, l'analisi disaggregata evidenzia una marcata disomogeneità territoriale: le performance complessive risultano infatti trainate da un numero limitato di progetti – in particolare quelli di Emilia-Romagna, Campania e Lazio, che non a caso sono stati selezionati come oggetto di studio – che tendono a compensare livelli di avanzamento ancora molto contenuti registrati in altri Piani⁵⁵. Come rilevato anche dallo stesso monitoraggio dell'AdG⁵⁶, la lentezza delle procedure di avvio rappresenta una delle principali criticità in termini di efficacia dell'intervento, rendendo necessario il mantenimento di una comunicazione costante con i beneficiari al fine di monitorare le tempistiche di attivazione delle attività ed evitare eccessivi ritardi che potrebbero inficiare i risultati attesi sia in termini di capacità di contribuire a potenziare i servizi di presa in carico sanitaria dei RTPI che di capacità di spesa. Proprio in virtù del fatto che molti Piani si trovano ancora in una fase iniziale di implementazione, l'analisi di efficacia si è concentrata sui risultati preliminari emersi dai tre progetti selezionati come casi di studio – pERsone (Emilia-Romagna), FARI4Lazio e M.I.S.CA (Campania) – che, per livello di avanzamento raggiunto, possono offrire elementi utili per riflettere sulla capacità delle azioni intraprese di contribuire al rafforzamento della tutela della salute dei RTPI e alla promozione di un'assistenza sanitaria integrata sul territorio.

Sul versante della **governance multilivello**, dall'analisi dei casi di studio emerge come principale punto di forza la costruzione di una cornice operativa strutturata, solida e riconoscibile per l'azione sanitaria e sociosanitaria rivolta ai RTPI, che favorisce la stabilizzazione delle relazioni tra il sistema sanitario e gli altri attori dell'accoglienza, trasformando interlocuzioni episodiche in forme di collaborazione continuativa e qualificata. Questo processo contribuisce inoltre a rafforzare la legittimazione istituzionale delle équipes multidisciplinari, consolidandone il ruolo all'interno delle aziende sanitarie e rendendole un riferimento stabile per la presa in carico della popolazione migrante, favorendo al contempo la costruzione di reti professionali e interaziendali che vanno oltre la singola progettualità. Un altro aspetto emerso dallo studio dei casi è che la cornice operativa sembra essere più solida quando il coordinamento dell'attività è affidato agli uffici regionali competenti e non delegato ad una singola ASL. In questo modo, infatti, risulta più semplice garantire coerenza strategica agli interventi e attuare una "governance a cascata" che permette il raccordo costante tra regioni, aziende sanitarie e territori. Tuttavia rimane importante che la necessità e l'importanza di formalizzare i gruppi di lavoro territoriali siano bilanciate da un adeguato grado di flessibilità, per consentire adattamenti rapidi alla dinamicità che caratterizza il contesto di riferimento. Alcune criticità emergono nei casi in cui il partenariato presenta livelli di esperienza e maturità molto eterogenei, poiché ciò incide negativamente sulla capacità di realizzare un allineamento operativo, rendendo necessario un tempo di rodaggio maggiore. Non è un caso, dunque, che i progetti che prendono le mosse da iniziative precedenti siano in grado di avviarsi più rapidamente, confermando l'importanza di garantire continuità alle iniziative.

Sul fronte dell'**individuazione precoce e presa in carico delle vulnerabilità**, i casi di studio hanno, poi, confermato l'importanza del ruolo delle azioni di prossimità e *outreach* nel favorire l'emersione precoce delle vulnerabilità e nel garantire l'accesso ai servizi sanitari da parte dei RTPI e MSNA, raggiungendo anche persone che, per condizioni di marginalità o sfiducia, difficilmente ricorrerebbero ai canali ordinari. Nei contesti osservati, risulta inoltre determinante la presenza delle équipes multidisciplinari, ancor meglio quando è possibile modulare la composizione delle stesse in funzione dei bisogni emergenti, al fine di intercettare situazioni complesse e rispondere in modo flessibile ed efficace alle esigenze variegata e in divenire del target di destinatari. In questo quadro, il modello *hub & spoke* adottato in Emilia-Romagna si configura come una buona pratica particolarmente efficace, in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse, ridurre gli spostamenti dei beneficiari e garantire

⁵⁵ Cfr. Tabella 4 p.30

⁵⁶ Report di monitoraggio III trimestre 2025, 29 ottobre 2025

omogeneità e qualità degli standard di intervento. I casi di studio evidenziano inoltre la necessità di riservare una specifica attenzione alla fase di riabilitazione post-ospedaliera, soprattutto quando è rivolta a persone prive di un titolo giuridico stabile, e, quindi, spesso destinate a rimanere sul territorio in condizioni di invisibilità e fragilità estrema. In una prospettiva sistemica, emerge in tal senso l'esigenza di sviluppare dispositivi integrati di riabilitazione, reintegrazione sociale e accompagnamento all'autonomia, fondati su un coordinamento strutturato tra sistema sanitario, politiche sociali e servizi per il lavoro.

Con riferimento alla dimensione della **formazione, dell'intervisione e del supporto agli operatori**, i tre progetti analizzati nell'ambito dei casi di studio hanno conseguito risultati significativi, in particolar modo nell'ambito del rafforzamento delle competenze degli operatori. I contenuti formativi risultano differenziati tra i progetti, in quanto costruiti a partire dai bisogni espressi direttamente dagli operatori. Questo approccio "dal basso" appare efficace, poiché consente di intercettare le criticità concrete della presa in carico e di sviluppare percorsi formativi percepiti come maggiormente pertinenti dai destinatari, favorendo il miglioramento dei processi di apprendimento. In tale prospettiva, l'introduzione di strumenti innovativi, come podcast e simulazioni immersive, nel progetto FARI4Lazio, appare particolarmente promettente in termini di accessibilità e coinvolgimento. Sarà, comunque, necessario un monitoraggio sistematico dei risultati al fine di valutarne l'efficacia e la possibile scalabilità. Sul versante delle azioni di supporto del benessere del personale, sanitario e non, l'esperienza avviata dalla Regione Emilia-Romagna, orientata a integrare la prevenzione della traumatizzazione vicaria nelle dinamiche organizzative e nei processi di lavoro delle équipe multiprofessionali, è stata valutata positivamente dagli operatori coinvolti, suggerendo la potenziale trasferibilità di tale approccio anche in altri contesti territoriali.

Infine, anche nell'ambito dell'**alfabetizzazione sanitaria e della promozione della salute**, i progetti analizzati presentano alcune peculiarità che sembrano avere dei profili di efficacia elevati. Innanzitutto, l'analisi dei casi studio evidenzia la necessità di concepire queste tematiche, oltre che come interventi puntuali, come dimensioni trasversali e strutturali della presa in carico, da integrare in modo sistematico in ogni momento di contatto tra i servizi e la persona straniera, al fine di garantire un accesso equo alle informazioni. Inoltre, l'esperienza del progetto M.I.S.CA, che valorizza i Laboratori di Educazione alla Salute come spazi di apprendimento partecipativo e interculturale, appare particolarmente significativa. L'adozione di metodologie innovative consente infatti di superare barriere linguistiche e culturali e di rendere maggiormente comprensibili anche temi complessi legati alla salute, suggerendo l'opportunità di introdurre interventi strutturati di questo tipo in modo sistematico all'interno dei Piani. Nell'ambito della produzione di materiale informativo multilingue, un elemento particolarmente virtuoso è invece costituito dalla infrastruttura digitale "hub traduzioni" sviluppata nell'ambito del progetto pERsone, che consente agli operatori di reperire su un'infrastruttura digitale dedicata materiali validati e aggiornati, riducendo duplicazioni, sprechi di risorse pubbliche e disomogeneità. Infine, l'analisi conferma il ruolo imprescindibile della mediazione linguistico-culturale come leva di qualità e di equità dei percorsi sanitari. Emerge in questo senso come buona pratica l'orientamento adottato in Emilia-Romagna verso una formazione sanitaria specifica dei mediatori, in risposta alla crescente complessità dei bisogni rilevati. Permane tuttavia, in alcuni contesti, una carenza di mediatori per determinate lingue e dialetti minoritari, evidenziando la necessità di un maggiore allineamento tra programmazione degli interventi e analisi aggiornata dei fabbisogni territoriali.

8.1.3. Coerenza

In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OSI.e risultano coerenti con il quadro di politiche e servizi esistenti, evitando duplicazioni e favorendo sinergie?

I Piani Regionali Salute e il progetto TUTELAE dell'INMP condividono l'obiettivo di rafforzare la tutela della salute dei RTPI, con particolare riferimento alle persone accolte nei centri di accoglienza, e di promuovere un'assistenza sanitaria integrata e quanto più uniforme su scala nazionale. Nell'attuazione di tali obiettivi, i Piani Regionali Salute presentano un **elevato grado di eterogeneità**, reso possibile dall'ampia definizione delle tipologie di

attività ammissibili previste dall'Avviso Pubblico. Questo ha consentito alle Regioni di progettare interventi adattati ai contesti locali, tenendo conto delle esperienze pregresse, della complementarità con i servizi ordinari e con altri programmi, delle caratteristiche dei RTPI presenti sul territorio e dei diversi livelli di maturità dei sistemi regionali e delle competenze degli operatori. Tale specializzazione territoriale attraversa tutte le principali dimensioni della Teoria del cambiamento e non costituisce di per sé un elemento di incoerenza, ma piuttosto esprime la capacità di evitare modelli eccessivamente standardizzati, potenzialmente inefficaci in contesti molto differenziati. Al tempo stesso, la forte variabilità delle attività finanziabili, unita alla mancanza di chiare demarcazioni rispetto ad altri ambiti di intervento, può tuttavia **generare incertezza nelle scelte operative**, in particolare per le azioni che si collocano al confine tra sanità e welfare (come, ad esempio, i percorsi post-ospedalieri). Una definizione più omogenea e puntuale degli interventi ammissibili contribuirebbe in questo senso a rafforzare l'uniformità delle pratiche a livello nazionale – uno degli obiettivi dell'intervento – e a supportare in modo più efficace le Regioni dotate di minori strumenti o con esperienze ancora limitate in questo ambito, favorendo la progettazione di interventi più solidi fin dalla fase di avvio. A tal riguardo, l'analisi valutativa ha infatti evidenziato come le proposte progettuali risultino talvolta incomplete o poco chiare nella descrizione delle azioni previste e delle relative modalità di attuazione, rendendo necessario un rafforzamento della qualità progettuale. Lo stesso vale anche per la definizione dei destinatari prevista dall'Avviso, che risulta di difficile interpretazione e, una volta interpretata, eccessivamente restrittiva. Tale impostazione esclude infatti categorie giuridiche ugualmente bisognose di tutela sanitaria, spesso presenti negli stessi contesti di accoglienza dei RTPI, rispetto alle quali i progetti incontrano difficoltà nel tracciare delimitazioni operative nette. Ne deriva uno scarto tra il perimetro formale degli interventi e le pratiche attuate, per cui soggetti non formalmente eleggibili finiscono comunque per essere coinvolti *de facto* nelle attività progettuali.

Nonostante la presenza di aspetti migliorativi su cui intervenire, i progetti propongono comunque **un'architettura a grandi linee sinergica fra loro e con il progetto nazionale dell'INMP**, attraverso una molteplicità di protocolli, interazioni e collaborazioni sviluppati su diversi livelli. In particolare, sul piano interregionale, la condivisione delle sperimentazioni attraverso tavoli di confronto e la redazione di documenti di sistematizzazione garantisce che le esperienze più innovative possano essere trasferite anche ad altri contesti, massimizzando l'apprendimento collettivo e riducendo il rischio che ciascun territorio debba rielaborare autonomamente soluzioni già testate altrove. In questa direzione si collocano anche i tentativi di armonizzazione delle prassi operative e di progressiva uniformazione degli strumenti di rilevazione delle vulnerabilità, in coerenza con gli indirizzi nazionali, che testimoniano l'attenzione a costruire una maggiore coerenza di sistema pur nel rispetto delle specificità territoriali. In tale prospettiva, si suggerisce di incentivare ulteriormente questi sforzi attraverso un ampliamento dei tavoli di confronto già previsti e una loro maggiore strutturazione e periodicizzazione, così da consolidare ancor di più nel tempo lo scambio tra territori.

Per quanto riguarda invece la sinergia con il progetto nazionale dell'INMP, come già menzionato, emerge con chiarezza la **rilevanza del ruolo di *stewardship* attribuito all'ente**, che risponde a un fabbisogno effettivo sia sul piano nazionale – per monitorare le interazioni tra le diverse iniziative e promuovere una maggiore omogeneità delle pratiche – sia su quello territoriale, orientando l'impiego delle risorse e amplificandone l'impatto. In questo senso, risulta particolarmente utile la presenza di un soggetto di raccordo in grado di raccogliere e analizzare le informazioni disponibili e di restituire indicazioni operative finalizzate a rafforzare la coerenza e l'efficacia complessiva degli interventi. All'interno delle azioni promosse (facilitazione dello scambio di buone prassi, uniformazione dell'applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA, diffusione del sistema informativo integrato SAVe) il progetto TUTELAE dell'INMP svolge quindi una funzione di supporto sistemico di assoluto rilievo. Tuttavia, la capacità di coordinamento e di indirizzo complessivo delle iniziative territoriali appare ancora parzialmente espressa, suggerendo l'opportunità di un ulteriore rafforzamento e di una maggiore istituzionalizzazione di tale funzione in una prospettiva più strutturata e stabile.

A livello di singole progettualità emerge in modo chiaro l'**utilità di operare secondo integrazione e continuità con altre progettualità e fonti di finanziamento**. I collegamenti con progettualità pregresse sono stati riscontrati in 15 progetti su 18, a conferma di un diffuso orientamento alla capitalizzazione delle esperienze maturate e al

consolidamento dei risultati già raggiunti. In questo senso, risulta evidente come le iniziative che si sviluppano a partire da progettualità precedenti godono di un livello di maturità nettamente superiore, confermando l'importanza di percorsi a lungo termine che siano in grado di sedimentare le competenze, gli strumenti e le pratiche via via sperimentate in processi integrati e sempre più istituzionalizzati. Nel contribuire alla sistematizzazione della governance multilivello e al rafforzamento delle reti territoriali dei servizi, i progetti analizzati attivano inoltre una pluralità di collaborazioni con interventi finanziati sia all'interno sia all'esterno del PN FAMI 21–27. In particolare, emergono connessioni con altri programmi e strumenti di policy, quali il PN Inclusione e Lotta alla Povertà 21–27, i Programmi Regionali FSE+ e FESR, nonché con ulteriori iniziative sostenute da fondi nazionali, regionali e, in alcuni casi, comunali. Questa integrazione progettuale contribuisce in modo significativo a massimizzare l'impatto complessivo degli interventi, riducendo il rischio di frammentazione e rafforzando la coerenza delle azioni sui territori. Nel loro insieme, le evidenze raccolte suggeriscono dunque che le iniziative finanziate nell'ambito dell'OS1.e non operino in modo isolato, ma si inseriscano consapevolmente all'interno del quadro dei servizi esistenti, ricercando attivamente sinergie e costruendo ponti operativi con reti specialistiche già attive, in una logica di complementarità e continuità.

8.1.4. Criteri Trasversali

In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e integrano misure e servizi specifici per la presa in carico di categorie particolarmente fragili di CPTI, in particolare vittime di tortura, donne e MSNA?

Nell'ambito delle azioni rivolte alla tutela dei target maggiormente vulnerabili – quali vittime di tortura, donne, minori e MSNA – l'analisi evidenzia come, **nonostante l'evoluzione significativa del quadro normativo degli ultimi anni, il recepimento delle Linee Guida ministeriali dedicate e la loro traduzione operativa da parte dei servizi sanitari regionali risultino tuttora disomogenei** e fortemente variabili a livello territoriale. In questo contesto, la documentazione progettuale mostra come l'intervento OS1.e abbia compiuto uno sforzo rilevante nel superare un modello assistenziale tradizionalmente monodimensionale, orientandosi verso approcci più articolati, capaci di riconoscere e rispondere alle fragilità complesse che caratterizzano le categorie di migranti maggiormente vulnerabili. Tuttavia, la copertura e il livello di specializzazione degli interventi risultano molto differenziati in funzione del target considerato e del contesto regionale di riferimento. Se per i MSNA l'attenzione appare ampiamente diffusa e presente nella maggior parte dei Piani Regionali, per le vittime di tortura e per le donne migranti gli interventi specifici sono previsti solo in un numero limitato di Regioni, sebbene, laddove attivati, presentino livelli elevati di qualità e innovazione.

I MSNA rappresentano il target rispetto al quale si registra la maggiore concentrazione di attenzione programmatica, con oltre la metà dei Piani Regionali che prevedono interventi espressamente progettati per rispondere ai bisogni specifici dei minori in età evolutiva. Tale orientamento riflette la consapevolezza che le vulnerabilità psico-fisiche dei MSNA non possano essere affrontate attraverso protocolli pensati per la popolazione adulta, in quanto ogni elemento di stress si innesta su processi evolutivi delicati e può generare ripercussioni significative sullo sviluppo psicologico, cognitivo e relazionale del minore. Risulta invece più contenuto il numero di Regioni che fanno esplicito riferimento all'attivazione di interventi connessi all'applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA, confermando, anche in questo ambito, la pertinenza dell'intervento di supporto e diffusione promosso dall'INMP e suggerendo la necessità di un ulteriore sforzo in materia.

Per quanto riguarda invece **la presa in carico delle vittime di tortura e di violenze gravi**, solo sette Piani Regionali prevedono attività specificamente dedicate al riconoscimento, alla valutazione clinica e alla certificazione medico-legale dei traumi subiti. Tali interventi si caratterizzano per il coinvolgimento stabile di équipe multidisciplinari – composte da medici, psicologi, specialisti del trauma e mediatori linguistico-culturali – che operano in continuità con i servizi territoriali di salute mentale. In alcuni casi, i Piani hanno inoltre attivato sinergie con servizi di mediazione etnoclinica, riconoscendo come i processi di certificazione medico-legale non

possano prescindere da una lettura culturalmente informata dell'esperienza traumatica. Sebbene ancora limitata rispetto al totale delle progettualità, questa attenzione segnala l'emergere di una sensibilità crescente verso tale dimensione di vulnerabilità, che richiederebbe tuttavia una diffusione più ampia e sistematica.

Ancora più contenuta risulta **la presa in carico specificamente rivolta alle donne migranti**. Solo cinque Piani Regionali prevedono un'attenzione dedicata alla salute femminile, includendo, quantomeno, ginecologi e ostetriche all'interno delle équipe multidisciplinari. Un numero ancora inferiore di progetti attiva percorsi esplicitamente orientati a rispondere ai bisogni complessi delle donne migranti, in particolare in relazione a esperienze di violenza o sfruttamento. In questo ambito, risulta tuttavia difficile stabilire se la limitata presenza di interventi dedicati sia riconducibile a una sottovalutazione del fabbisogno o, piuttosto, alla volontà di capitalizzare sinergie già esistenti con servizi territoriali specializzati, quali centri antiviolenza e servizi antitratto. Tale ambiguità richiama nuovamente la necessità di una più chiara demarcazione degli ambiti di intervento finanziabili e delle possibilità di integrazione con altri strumenti di programmazione.

Al di là delle specificità dei singoli target, emerge comunque una linea di continuità nell'impostazione adottata dai Piani Regionali per la presa in carico differenziata delle categorie più vulnerabili. In generale, la scelta progettuale prevalente non è stata quella di creare servizi separati o paralleli, bensì di **sviluppare percorsi specialistici integrati, in continuità con le équipe multidisciplinari territoriali e rafforzati dal raccordo con i servizi già presenti sui territori** – quali salute mentale, servizi per i minori, centri antiviolenza e servizi per la tratta – in una logica di integrazione e complementarità.

8.2. COME PUÒ INTERVENIRE IL PN FAMI 21-27

L'attività valutativa condotta ha permesso di mettere in luce alcune criticità all'interno del sistema di presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi socio-sanitari sul territorio. La tabella seguente sintetizza le **criticità individuate che rientrano nelle possibilità di intervento del PN FAMI 2021-2027**, accompagnandole con raccomandazioni e suggerimenti che possono rivelarsi utili nell'affrontare i problemi emersi e contribuire al miglioramento complessivo del sistema.

Tabella 11 - Criticità e suggerimenti trasversali

| CRITICITÀ | SUGGERIMENTI |
|---|---|
| Si rileva una marcata disomogeneità nei tempi di avvio delle progettualità finanziate e, di conseguenza, sulla capacità di alimentare il sistema di monitoraggio e i relativi indicatori. | È necessario che l'Autorità di Gestione mantenga un confronto continuativo con i beneficiari, finalizzato a intercettare eventuali criticità attuative e supportare l'avanzamento delle attività. |
| L'eterogeneità delle esperienze dei partner richiede in alcuni casi la necessità di tempi di rodaggio relativamente lunghi per allineare le attività. | È necessario che il Programma continui a rafforzare, come fatto per la presente programmazione, la continuità delle progettualità e delle reti già consolidate, valorizzando il capitale di competenze, relazioni e modelli operativi sviluppati e riducendo i costi organizzativi legati alla ricostruzione ex novo dei partenariati. |
| I progetti presentano un'elevata eterogeneità di interventi e soluzioni, che non può essere completamente spiegata con le differenze territoriali che li caratterizzano. | Il Programma potrebbe, nella prossima programmazione, prevedere un quadro più definito di interventi ammissibili, pur mantenendo adeguati margini di flessibilità nella declinazione operativa, così da consentire un adattamento coerente alle diverse realtà regionali. |
| La mancanza di una chiara demarcazione tra le tipologie di azioni realizzabili rischia di generare sovrapposizioni degli interventi, in particolare per quelle attività che si collocano in un'area di confine tra dimensione sanitaria e dimensione sociale. | L'Accordo di Partenariato e il Programma potrebbero definire in modo più puntuale i perimetri di intervento, chiarendo ambiti, funzioni e complementarità tra le diverse misure. Al contempo, il Programma potrebbe prevedere l'attivazione esplicita di meccanismi di sinergia e coordinamento tra interventi affini, promuovendo forme strutturate di integrazione. |

| | |
|---|---|
| Le proposte progettuali non sempre consentono di identificare in modo sufficientemente chiaro e dettagliato le attività previste né le relative modalità di attuazione, con possibili ricadute sulla coerenza interna dei progetti e sulla loro valutabilità. | il Programma potrebbe sostenere interventi mirati alla formazione e alla professionalizzazione dei soggetti coinvolti nella progettazione. Inoltre l'Autorità di Gestione potrebbe verificare la possibilità di un miglioramento delle schede progettuali sulla base di quanto emerge dalla loro analisi e di quanto segnalato dai progettisti. |
| La definizione dei destinatari prevista dall'Avviso Pubblico appare non pienamente chiara e, una volta esplicitata, risulta restrittiva rispetto ai fabbisogni di tutela che emergono dai contesti territoriali. | L'Autorità di Gestione potrebbe valutare l'opportunità di approfondire quali ulteriori categorie giuridiche presentino caratteristiche assimilabili, in termini di necessità di tutela della salute, a quelle degli RTPI, avviando un confronto con la Commissione europea sul tema. In alternativa, potrebbe essere esplorata la possibilità di ricondurre l'intervento all'OS2, così da consentire una definizione più ampia dei destinatari. |

Tabella 12 - Criticità e suggerimenti relativi a ciascuna dimensione

| CRITICITÀ | SUGGERIMENTI |
|---|---|
| GOVERNANCE MULTILIVELLO | |
| Sembra emergere una minore efficienza nei casi in cui la titolarità operativa è affidata ad ASL delegate, rispetto alle progettualità caratterizzate da una regia regionale. | Il Programma potrebbe valutare l'opportunità di valorizzare ulteriormente il livello regionale quale soggetto beneficiario privilegiato, favorendo allo stesso tempo la diffusione dell'impianto di governance "a cascata" e rafforzando una chiara definizione delle funzioni di attuazione in capo alle articolazioni territoriali. |
| I protocolli e le procedure standardizzate risultano carenti e non sempre applicate in modo uniforme. | Il Programma dovrebbe proseguire nel sostegno fornito ai Piani Regionali Salute, che sembrano costituire una cornice operativa strutturata in questa direzione, promuovendo allo stesso tempo la definizione e l'adozione di un set minimo di protocolli e procedure comuni in alcuni ambiti prioritari. |
| Lo scambio di esperienze e il confronto tra le diverse realtà regionali non risulta pienamente formalizzato e diffuso. | Il Programma potrebbe rafforzare gli scambi interregionali prevedendo premialità per i progetti che li prevedono, favorendo una maggiore uniformità delle tipologie di interventi sostenuti e rafforzando ulteriormente il ruolo dell'INMP nella diffusione di buone pratiche e di prassi operative condivise. |
| Gli interventi di potenziamento dei sistemi informativi digitali integrati interessano un numero limitato di Regioni. | Il Programma potrebbe prevedere premialità per i progetti che sviluppano sistemi informativi digitali integrati e/o che prevedono la connessione con il sistema nazionale SAVE. |
| EMERSIONE E PRESA IN CARICO | |
| Le azioni di prossimità e <i>outreach</i> , che rappresentano una modalità essenziale per il riconoscimento precoce delle vulnerabilità, non trovano applicazione in tutti i Piani Salute. | Il Programma potrebbe assicurare la presenza di tali azioni prevedendole necessariamente tra le attività progettuali oppure richiedendo, in fase di candidatura, che il beneficiario espliciti le modalità attraverso cui ne garantisce l'attivazione. |
| I percorsi ponte per l'accompagnamento all'autonomia sono presenti solo in una parte dei Piani Salute, con interventi fortemente differenziati e solo talvolta integrati con altre progettualità. | Il Programma potrebbe circoscrivere e descrivere in modo più puntuale le attività di accompagnamento sanitario all'autonomia e favorire l'integrazione tra queste attività e quelle previste da altre progettualità. |
| Una presa in carico esplicita e strutturata della salute delle donne RTPI è prevista in un numero limitato di Piani Regionali Salute. | Il Programma potrebbe prevedere la presenza obbligatoria di figure specialistiche (ginecologhe e/o ostetriche) all'interno delle équipe multidisciplinari e rafforzare il collegamento con i centri antitortura e i centri antiviolenza. |
| La presa in carico delle vittime di tortura e di violenze gravi è formalizzata solo in pochi Piani Regionali Salute. | Il Programma potrebbe introdurre forme di premialità per i progetti che strutturano attività di valutazione clinica e di certificazione medico-legale dei traumi subiti, funzionali al riconoscimento delle vittime di tortura e di violenze gravi. |
| FORMAZIONE, INTERVISIONE E SUPPORTO AGLI OPERATORI | |
| Molti progetti non prevedono esplicitamente misure di sostegno professionale e psicologico finalizzate a prevenire il sovraccarico emotivo e lavorativo nonché il rischio di traumatizzazione vicaria degli operatori sanitari. | Il Programma potrebbe assicurare la presenza di tali misure prevedendole tra le attività progettuali oppure richiedendo, in fase di candidatura, che il beneficiario descriva le modalità attraverso cui intende garantirle. |

ALFABETIZZAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La mediazione linguistico-culturale, seppur generalmente prevista, risulta non sempre supportata da competenze sanitarie specifiche e talvolta limitata dalla mancanza di mediatori per alcune lingue e dialetti poco diffusi.

il Programma potrebbe sostenere interventi mirati alla formazione sanitaria dei mediatori linguistico-culturali, promuoverne una integrazione strutturata all'interno delle équipes multidisciplinari e prevedere azioni specifiche per rafforzare la copertura linguistica.

ALLEGATI

ALLEGATO I – Matrice di Valutazione

Tabella 13 - Matrice di Valutazione dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e)

| CRITERIO DI VALUTAZIONE | DOMANDA DI VALUTAZIONE | CRITERIO DI GIUDIZIO | INDICATORI / DESCRITTORI | STRUMENTI DI RACCOLTA E ANALISI DATI |
|----------------------------|--|---|---|--|
| RILEVANZA | DV1. In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e rispondono ai bisogni prioritari di salute della popolazione target e alle barriere di accesso identificate a livello nazionale e regionale? | <p>Le azioni finanziate presentano un solido quadro logico, in grado di rispondere in modo adeguato ai fabbisogni identificati</p> <p>Gli stakeholders rilevanti sono sistematicamente coinvolti nelle attività progettuali</p> | <ul style="list-style-type: none"> Grado di corrispondenza tra fabbisogni rilevati e azioni previste Evidenze di partecipazione degli stakeholder (tavoli, partenariati, strumenti di coordinamento) | <ul style="list-style-type: none"> Analisi Desk Interviste a testimoni privilegiati |
| EFFICACIA | DV2. In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e contribuiscono a potenziare la tutela della salute di RTPI e MSNA e a promuovere un'assistenza sanitaria integrata ed uniforme su tutto il territorio nazionale? | <p>I risultati attesi dalle azioni finanziate sono in linea con i tempi di realizzazione previsti</p> <p>Le azioni finanziate, in particolare i Piani Regionali, garantiscono un'adeguata copertura geografica, raggiungendo in modo omogeneo tutti i territori</p> | <ul style="list-style-type: none"> Percentuale di avanzamento degli indicatori di output e di risultato Grado di copertura geografica garantito dalle azioni finanziate, in particolare dai Piani Regionali, nell'attuazione degli interventi | <ul style="list-style-type: none"> Analisi Desk Analisi di casi studio territoriali |
| COERENZA | DV3. In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e risultano coerenti con il quadro di politiche e servizi esistenti, evitando duplicazioni e favorendo sinergie? | <p>I Piani Regionali si pongono in maniera complementare e sinergica fra loro e con il progetto nazionale dell'INMP</p> <p>Le azioni finanziate garantiscono complementarità e continuità con altre iniziative, integrandosi con progettualità precedenti e in corso finanziate dentro e fuori il PN FAMI 21-27</p> | <ul style="list-style-type: none"> Numero e tipologia di protocolli, interazioni e collaborazioni sviluppati fra Piani e con INMP Evidenze di complementarità e continuità progettuale con iniziative precedenti o parallele (PN FAMI, PON Salute, fondi regionali, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Analisi Desk Interviste a testimoni privilegiati Analisi di casi studio territoriali |
| CRITERI TRASVERSALI | DV4. In che misura le azioni finanziate nell'ambito dell'intervento OS1.e integrano misure e specifiche per la presa in carico di categorie particolarmente fragili di RTPI, in particolare vittime di tortura, donne e minori/MSNA? | Le azioni finanziate prevedono interventi progettati per rispondere ai bisogni specifici di tali target | <ul style="list-style-type: none"> Numero e tipologia di interventi dedicati a vittime di tortura, donne e minori/MSNA (es. protocolli operativi, percorsi clinici, equipe dedicate, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Analisi Desk Interviste a testimoni privilegiati Analisi di casi studio territoriali |

ALLEGATO II – Matrice di Analisi Desk

Tabella 14 - Matrice di analisi tematica dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e)⁵⁷

| COD. | AMBITI TEMATICI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|----------------|------------------|-------|--------------|------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | Coordinamento istituzionale | Rete Pubblico Privato | Sistema Comune R&R | Sistema informativo integrato | Analisi & Valutazione | Scambio buone prassi | Prossimità & Outreach | Equipe & Percorsi dedicati | Percorsi ponte | Target specifici | | | Formazione | Tutoring & cooperative learning | Benessere operatori | Sensibilizzazione & orientamento | Materiale informativo | Mediazione linguistico culturale |
| | | | | | | | | | | Vittime tortura | Donne | MSNA/ minori | | | | | | |
| PROG-1112 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-221 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-248 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-353 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-400 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-407 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-430 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-456 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-462 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

⁵⁷ La presente Matrice è il risultato dell'attività di analisi condotta dal Team di Valutazione sul corpus progettuale delle iniziative finanziate (Modelli B). Le informazioni riportate riflettono pertanto i contenuti dei documenti esaminati e le valutazioni interpretative dei ricercatori coinvolti, e possono risultare influenzate dal livello di dettaglio e dalle modalità di redazione della documentazione progettuale stessa.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|----|---|----|---|----|----|---|---|---|----|----|----|---|----|----|----|
| PROG-464 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-493 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-601 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-603 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-613 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-708 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-785 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROG-842 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | 13 | 11 | 5 | 13 | 7 | 14 | 17 | 9 | 7 | 5 | 10 | 16 | 12 | 4 | 12 | 17 | 17 |

ALLEGATO III – Matrice Continuità e Complementarietà

Tabella 15 - Matrice di Analisi della continuità / complementarietà dei progetti finanziati sull'intervento OS1.e)

| CODICE | BENEFICIARIO | CONTINUITÀ CON PROGETTUALITÀ PN FAMI 2014-2020 | COMPLEMENTARIETÀ CON ALTRE INIZIATIVE E STRUMENTI FINANZIARI |
|------------------|---|--|--|
| PROG-1112 | INMP | <ul style="list-style-type: none"> PROG-1553 "Tutela della salute dei MSNA accolti nel sistema di prima accoglienza" | <ul style="list-style-type: none"> Piani Regionali Salute PN FAMI 21-27 Altre progettualità a titolarità del Ministero della Salute a valere sul PN FAMI 21-27 |
| PROG-221 | Regione Piemonte | <ul style="list-style-type: none"> PROG-3503 "SA.M.MI. - Salute Mentale Migranti" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. MediaTo (fondi privati) Osservatorio sull'Immigrazione (PN FAMI 21-27) Prog. Common Ground (PN Inclusion 21-27) Prog. Anello Forte 5 (PDcM - DPO) Prog. Pluralità di Cure (fondi privati) |
| PROG-248 | Regione Emilia-Romagna | <ul style="list-style-type: none"> PROG-3863 "ICARE 2" PROG-924 "START-ER" e PROG-2276 "START-ER 2" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi, prevenzione e cura dei minori stranieri e MSNA nei servizi sanitari (Programma CCM 2022) Altri fondi nazionali su specifiche attività che includono il target group |
| PROG-353 | Regione Marche – ARS Marche | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2219 "Azioni del servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati" | <ul style="list-style-type: none"> PR FSE+ 21-27, Asse 3, OS4.h e OS4.k PN Inclusion 21-27 |
| PROG-400 | ASP Trapani (Regione Sicilia) | <ul style="list-style-type: none"> PROG 3863 "ICARE 2" PROG-289 "SILVER" | <ul style="list-style-type: none"> Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale 25-30 (PANSM), Obiettivo VI Prog. Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi, prevenzione e cura dei minori stranieri e MSNA nei servizi sanitari (Programma CCM 2022) Altri strumenti di programmazione sociosanitaria regionale |
| PROG-407 | Provincia Autonoma di Trento | - | <ul style="list-style-type: none"> Prog. (S)Muovi la salute (fondi INMP) Centrale Operativa (FSE 14-20, risorse REACT-EU) |
| PROG-430 | Azienda Ligure Sanitaria - A.Li.Sa. (Regione Liguria) | <ul style="list-style-type: none"> PROG-66 "In Divenire" e PROG-1941 "In Divenire 2.0" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. Common Ground (PN Inclusion 21-27) Prog. HTH Liguria (PdCM – DPO) Altre progettualità presentate dalla Regione sul PN FAMI 21-27 |
| PROG-456 | Regione Autonoma della Sardegna | - | <ul style="list-style-type: none"> Prog. CASLIS (PON Inclusion 14-20) Prog. Elen Joy (PdCM – DPO) Altri fondi regionali e comunitari su specifiche attività che includono il target group |
| PROG-462 | AOU Meyer IRCCS (Regione Toscana) | <ul style="list-style-type: none"> PROG 3863 "ICARE 2" PROG-421 "SPRINT" e PROG-2103 "SPRINT2" | <ul style="list-style-type: none"> Case della Comunità (PNRR) Prog. Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi, prevenzione e cura dei minori stranieri e MSNA nei servizi sanitari (Programma CCM 2022) |

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| PROG-464 | Regione Basilicata | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2153 "Rete dei servizi sanitari per i migranti ed operatori di strutture di accoglienza" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. AMPCI (PN FAMI 21-27) Prog. Su.pr.eme. PIU Su.pr.eme. e Su.pr.eme 2 (AMIF- Emergency Funds, PON Inclusione 14-20 e PN FAMI 21-27) Prog. Gov.e.r.ni. (PN FAMI 21-27) |
| PROG-493 | ASL ROMA 1 (Regione Lazio) | <ul style="list-style-type: none"> PROG 3863 "ICARE 2" PROG-2261 "G-START" PROG-1884 "PRISMA" PROG-2010 "PROTECT" PROG-2283 "MISA" PROG-172 "FARI" e PROG-1797 "FARI 2" | <ul style="list-style-type: none"> PON Inclusione 14-20 Prog. Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi, prevenzione e cura dei minori stranieri e MSNA nei servizi sanitari (Programma CCM 2022) Altri fondi nazionali su specifiche attività che includono il target group |
| PROG-567 | Regione Puglia | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2301 "Prevenzione 4.0" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. Com.In. 4.0. e 5.0 (PN FAMI 14-20 e 21-27) Prog. Su.pr.eme. PIU Su.pr.eme. e Su.pr.eme 2 (AMIF- Emergency Funds, PON Inclusione 14-20 e PN FAMI 21-27) POR Puglia 21-27, Asse prioritario VIII, RSO4.3., RSO4.5. e ESO4.10. PN Equità nella Salute (PNES) 21-27 |
| PROG-601 | USL Umbria 1 (Regione Umbria) | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2059 "FOR.MIGRANTS" PROG-2806 "Reseaux" PROG-2330 "Impact Umbria" | <ul style="list-style-type: none"> Piani e programmi regionali, altre misure FAMI e progettualità dei partner Prog. LEI (fondi privati) Prog. L'integrazione naturale (fondi privati) Prog. PIS (Comuni) Prog. Cabiria (Regione Umbria) Prog. Sportello migranti LGBT+ Omphalos |
| PROG-603 | ASL Salerno (Regione Campania) | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2090 "PENDING" PROG-561 "We Care" | <ul style="list-style-type: none"> PN Equità nella Salute (PNES) 21-27 Prog. DEMETRA (Fondo Sanitario Regionale) Prog. Reti per l'Inclusione (PN FAMI 14-20) Prog. C.RE.A (PN FAMI 14-20) |
| PROG-613 | Regione Calabria | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2305 "MOPT" | <ul style="list-style-type: none"> Prog. Calabria Friends (PN FAMI 14-20) Prog. Ca.P.I.Re (PN FAMI 14-20) Calabria Accoglie e Calabria Accoglie 2.0 (PN FAMI 14-20) Prog. Su.pr.eme. PIU Su.pr.eme. e Su.pr.eme 2 (AMIF- Emergency Funds, PON Inclusione 14-20 e PN FAMI 21-27) Prog. INCIPIT (PdCM - DPO) |
| PROG-708 | ULSS 8 BERICA (Regione Veneto) | <ul style="list-style-type: none"> PROG-2089 "Spir.Net" | <ul style="list-style-type: none"> Piani di Zona (PdZ) 2023 – 2025 (link con PNRR e Piano Nazionale degli Interventi e servizi sociali 2021-2023) |
| PROG-785 | ASST Ospedali civili di Brescia (Regione Lombardia) | <ul style="list-style-type: none"> PROG-1817 "P.A.S.S.I." PROG-876 "START" e PROG-2209 "START 2.0" PROG-2166 "Nuova rete della salute mentale per i richiedenti asilo" | - |
| PROG-842 | Regione Molise | - | <ul style="list-style-type: none"> Prog. S.O.Le.IL (PON Inclusione 14-20) |

ALLEGATO IV – Interviste

Tabella 16 - interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati

| INTERVISTE A TESTIMONI PRIVILEGIATI | | |
|---|---|------------|
| ORGANIZZAZIONI UMANITARIE⁵⁸ | | |
| Intersos | - | 01/10/2025 |
| Emergency | - | 14/11/2025 |
| Croce Rossa Italiana | - | 19/11/2025 |
| Medici per i Diritti Umani | - | 27/11/2025 |
| INMP | | |
| PROG-1112 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dott.ssa Maria Giuseppina Lecce – Coordinatrice di progetto ▪ Dott. Daniele Luccini – Referente monitoraggio ▪ Dott.ssa Chiara Paiano – Referente contabile | 13/11/2025 |

⁵⁸ Per ragioni di privacy, i ruoli ed i nominativi delle persone intervistate non vengono divulgati nel presente documento.

ALLEGATO IV – Casi di Studio

[PROG-248] pERsone – Percorsi Emilia-Romagna Salute Obiettivo Nessuno Escluso

Tabella 17 - Scheda Progetto

| SCHEDA PROGETTUALE | |
|--|--|
| Beneficiario Capofila | Regione Emilia-Romagna |
| Partner | Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Azienda unità sanitaria locale di Modena, Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola, Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, Azienda unità sanitaria locale di Reggio Emilia, ANCI EMILIA-ROMAGNA. |
| Importo approvato | € 2.963.848 |
| Obiettivo | Garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari per i CTP, in particolare RTPI che risiedono nei centri di accoglienza, inclusi MSNA, attraverso un modello di governance multilivello e un approccio sistemico, multidisciplinare e interculturale. L'obiettivo è rafforzare la presa in carico delle vulnerabilità fisiche e psichiche, migliorando la risposta del sistema sanitario regionale. |
| Destinatari | <i>Diretti:</i> 4.000 CPT che beneficiano di informazione e assistenza; <i>Indiretti:</i> 700 operatori che partecipano alle attività di formazione |
| Data di avvio e chiusura del progetto | 01/08/2024 – 01/08/2027 |

Tabella 18 - Work Packages

| WORK PACKAGES | DESCRIZIONE |
|---|--|
| WP1 – Rafforzamento del modello di governance multilivello | Prevede la costituzione di 8 board a livello locale (1 x AUSL), 1 board regionale e un board transregionale, la costituzione di un tavolo di raccordo con i Comuni SAI, la definizione della rete territoriale e di una scheda unica di rilevazione delle Vulnerabilità, valida per tutto il territorio regionale. |
| WP2 – Consolidamento del modello delle équipe multidisciplinari | Prevede il rafforzamento delle équipe multidisciplinari mediante il supporto di personale specifico, al fine di garantire l'emersione precoce delle vulnerabilità e l'erogazione di prestazioni diffusa sui territori attraverso un modello <i>hub & spoke</i> ; il potenziamento di ambulatori migranti in stretta collaborazione con gli Enti gestori; la sperimentazione di un <i>safe space</i> per la cura e l'assistenza "domiciliare", la definizione di <i>Hub</i> regionale di II livello per la certificazione medico legale a Ferrara; l'implementazione della piattaforma cartella migranti. |
| WP3 – Potenziamento delle azioni di prossimità | Comprende il potenziamento delle équipe unità mobili e azioni di prevenzione e promozione della salute, alfabetizzazione sanitaria e rilevazione precoce delle vulnerabilità nei centri di accoglienza o altri luoghi di aggregazione di RTPI e MSNA. Acquisizione di un ecografo per attività di prossimità presso luoghi di sbarco. |
| WP4 – Potenziamento di strumenti di informazione e comunicazione | Prevede l'implementazione di attività di mediazione culturale, partecipazione alla realizzazione e diffusione di contenuti audiovisivi e materiale informativo, organizzazione giornate di sensibilizzazione e diffusione materiali multilingua; Implementazione di un <i>hub</i> traduzioni di materiale informativo su piattaforma web alimentato da documentazione multilingue per utilizzo/scarico da parte di tutti gli |

| | |
|--|--|
| | interessati su base nazionale. |
| WP5 – Sviluppo di azioni formative e di aggiornamento | Prevede l'organizzazione di 15 workshop (5 all'anno) specifici per gli operatori sanitari e del sistema dell'accoglienza su argomenti decisi in condivisione; e di tre eventi (1 all'anno) in plenaria su tematiche emergenti condivise con altre Regioni aderenti e di un evento dedicato alla salute mentale; la realizzazione di podcast e altri strumenti innovativi su ambiti specifici per colmare gap conoscitivi ma anche il gap causato dal turn-over degli operatori sanitari e della rete dell'accoglienza. |

Tabella 19 - Analisi di campo condotte

| ANALISI FIELD | | |
|---|---|------------|
| Intervista con coordinatrice di progetto | Dott.ssa Rosa Costantino, Regione Emilia-Romagna | 29/09/2025 |
| Focus group 1 – Equipe multidisciplinari | N. di partecipanti: 9 <ul style="list-style-type: none"> ▪ medico medicina generale equipe migranti, AUSL di Imola ▪ medico neuropsicologo psicoterapeuta, AUSL di Parma ▪ medico dipartimento Sanità e Igiene pubblica, AUSL Ferrara ▪ medico cure primarie Ravenna, AUSL Romagna ▪ medico psicologo psicoterapeuta, AUSL di Modena ▪ medico infettivologa e coordinatrice equipe multidisciplinare, AUSL Piacenza ▪ medico pneumologa, AUSL di Bologna ▪ mediatore interculturale, AUSL Parma e Reggio-Emilia ▪ Coordinatrice di progetto | 28/10/2025 |
| Focus group 2 – Governance di progetto | N. di partecipanti: 6 <ul style="list-style-type: none"> ▪ referente di progetto, AUSL di Modena ▪ referente di progetto, AUSL di Ferrara ▪ referente di progetto, AUSL Romagna ▪ referente di progetto, AUSL Bologna ▪ referente di progetto, AUSL di Parma ▪ Coordinatrice di progetto | 30/10/2025 |

[PROG-493] FARI4Lazio

Tabella 20 - Scheda Progetto

| SCHEDE PROGETTUALE | |
|--|--|
| Beneficiario Capofila | ASL ROMA 1 - Azienda Sanitaria Locale |
| Partner | ASL FROSINONE - Azienda Sanitaria Locale, ASL LATINA - Azienda Sanitaria Locale, ASL ROMA 2 - Azienda Sanitaria Locale, ASL ROMA 3 – Azienda Sanitaria Locale, ASL ROMA 4 - Azienda Sanitaria Locale, ASL ROMA 6 - Azienda Sanitaria Locale, ASP FROSINONE - Azienda di Servizi alla Persona, ASP LATINA - Azienda di Servizi alla Persona, ASL VITERBO - Azienda Sanitaria Locale, ASL RIETI - Azienda Sanitaria Locale, POLICLINICO TOR VERGATA, POLICLINICO UMBERTO I |
| Importo approvato | € 2.685.601 |
| Obiettivo | Garantire la continuità di azioni realizzate da precedenti progetti a valere sul FAMI, e fornire risposte efficaci e tempestive ai bisogni di salute fisica e mentale di RTPi in condizioni di vulnerabilità e di minori stranieri attraverso azioni di sistema nei territori delle ASL partner, rafforzando o sperimentando modelli di interventi sanitari e sociosanitari integrati, e agendo in continuità con il sistema di accoglienza dei territori coinvolti. |
| Destinatari | <i>Diretti:</i> 5.000 CTP che beneficiano di informazione e assistenza <i>Indiretti:</i> 400 operatori che partecipano alle attività di formazione |
| Data di avvio e chiusura del progetto | 01/10/2024 – 01/10/2027 |

Tabella 21 - Work Packages

| WORK PACKAGES | DESCRIZIONE |
|--|---|
| WP1 – Governance e diffusione del modello | Prevede l'insediamento e definizione del board regionale, interregionale, e gruppi di lavoro aziendali. Gli incontri programmati con cadenza periodica consentono il coordinamento e la gestione tecnico-scientifica del progetto e il confronto regolare su tematiche inerenti alla salute dei migranti. Si prevede anche la gestione di un tavolo di raccordo con il sistema SAI coordinato da ANCI Lazio e la partecipazione ai tavoli sulle vulnerabilità dei migranti delle prefetture. |
| WP2 – Rafforzamento degli interventi sanitari specializzati, con la creazione di due hub regionali | Comprende la "formalizzazione" di due <i>hub</i> regionali: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un <i>hub</i> medico-legale, localizzato presso il centro SAMIFO dell'ASL Roma 1, che svolge attività di valutazione clinica e certificazione in scienza e coscienza a supporto delle procedure di riconoscimento della protezione internazionale; ▪ Un <i>hub</i> di riabilitazione psico-sociale, presso il complesso di Santa Maria della Pietà a Roma, dedicato a percorsi terapeutici e professionalizzanti orientati all'autonomia e all'integrazione sociale dei migranti con disagio mentale o esperienze traumatiche. |
| WP3 – Rafforzamento delle équipe multi professionali per l'assistenza di RTPI in condizione di vulnerabilità. | Mira a rafforzare la capacità di presa in carico delle ASL territoriali di adulti RTPI con vulnerabilità, in particolare tramite: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenziamento delle équipe multiprofessionali (medici, psicologi, assistenti sociali, mediatori); ▪ Attivazione di percorsi clinici e psicosociali integrati, anche in continuità con i servizi di accoglienza dei CAS/SAI; ▪ Iniziative di medicina di prossimità presso luoghi informali di accoglienza (es. edifici occupati, alloggi di fortuna). |
| WP4 – Rafforzamento delle équipe multi professionali per l'assistenza di MSNA in condizione di vulnerabilità. | Comprende attività di valutazione precoce e presa in carico multilivello e multidisciplinare di minori non comunitari e MSNA per il corretto inquadramento diagnostico dei disturbi e elaborazione di piani assistenziali individuali. Attiva anche una linea di intervento per i MSNA che è di supporto psicologico e di eventuale inserimento nei percorsi riabilitativi. |
| WP5 – Implementazione delle conoscenze e capacità assistenziali | Intende formare e aggiornare gli operatori sanitari e sociali, con formazioni aziendali a cascata e scambio di esperienze e buone prassi, precedute dalla formazione regionale dei formatori. |

Tabella 22 - Analisi di campo condotte

| ANALISI FIELD | | |
|---|---|--------------------------|
| Interviste con coordinatore di progetto | Dott. Giancarlo Santone, ASL Roma 1 | 07/04/2025 28/11/2025 |
| Focus group 1 – Equipe multidisciplinari | N. di partecipanti: 6 <ul style="list-style-type: none"> ▪ medico psicologa consultorio familiare, ASL Roma 4 ▪ 2 medici igienisti UOC Salute migranti, ASL Roma 2 ▪ medico psicologo psicoterapeuta, ASL Roma 2 ▪ medico ginecologa UOC cure primarie, ASL Roma 3 ▪ assistente sociale, ASL Roma 3 | 28/04/2025 |

[PROG-603] M.I.S.CA – Migranti In Salute in Campania

Tabella 23 - Scheda Progetto

| SCHEMA PROGETTUALE | |
|------------------------------|--|
| Beneficiario Capofila | Azienda Sanitaria Locale di Salerno |
| Partner | ISTITUTO PSICOANALITICO PER LE RICERCHE SOCIALI E.T.S., La Rada Consorzio di |

| | |
|--|--|
| | Cooperative Sociali S.C.S., C.I.D.I.S. Impresa Sociale - ETS, ASL NAPOLI 1 Centro, ASL NAPOLI 2 Nord, ASL NAPOLI 3 Sud, ASL DI CASERTA, ASL DI BENEVENTO |
| Importo approvato | € 1.944.029 |
| Obiettivo | Rafforzare la tutela della salute di RTPI in condizione di vulnerabilità fisica e/o psichica e MSNA in Campania, a partire dall' analisi delle prassi in vigore nei diversi territori. |
| Destinatari | <i>Diretti:</i> 6.000 CTP che beneficiano di informazione e assistenza; <i>Indiretti:</i> 500 operatori che partecipano alle attività di formazione |
| Data di avvio e chiusura del progetto | 04/11/2024 – 04/11/2027 |

Tabella 24 - Work Packages

| WORK PACKAGES | DESCRIZIONE |
|---|---|
| WP1 – Sperimentazione e diffusione di modelli di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione | Prevede la definizione di modelli e procedure di presa in carico sociosanitaria integrata specifici per il miglioramento dei servizi territoriali in relazione alle situazioni di vulnerabilità dei RTPI attraverso tavoli di lavoro periodici tra ASL, prefetture, Comuni e Piani di Zona. Confronto interregionale con altri Piani salute regionali. |
| WP2 – Rafforzamento capacità operatori ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari e centri di accoglienza migranti | Rafforzamento delle competenze degli operatori socio-sanitari, del personale sanitario, degli operatori delle strutture residenziali e dei centri di accoglienza e dei mediatori linguistico-culturali e miglioramento della capacità di risposta ai bisogni di cura della popolazione dei RTPI e MSNA mediante 24 cicli formativi (8 l'anno). |
| WP3 – Presa in carico psico-socio-sanitaria integrata con la collaborazione tra il servizio sanitario pubblico, il privato sociale e medicina di assistenza primaria | Mira al miglioramento della capacità di intercettazione delle situazioni di vulnerabilità psico-sanitaria dei RTPI e dei MSNA accolti sul territorio e definire percorsi assistenziali multidisciplinari al fine di giungere tempestivamente ad un inquadramento diagnostico e una adeguata presa in carico nei servizi territoriali. Prevede la creazione di un sistema di emersione e segnalazione, l'attivazione di unità mobili, équipe multidisciplinari e di un servizio di mediazione linguistico-culturale, la facilitazione dell'inserimento di pazienti RTPI in Comunità Alloggio, strutture residenziali dei DSM, supporto metodologico per la gestione dei casi complessi e momenti di supervisione periodica per valutare l'efficacia degli interventi attivati. |
| WP4 – Alfabetizzazione sanitaria di base dei RTPI | Favorire l'accesso informato ai servizi sanitari attraverso azioni di <i>health literacy</i> e <i>orientteering</i> . In particolare prevede la realizzazione di guide multilingue, video pillole e materiali informativi per la promozione della salute; incontri informativi presso le strutture di accoglienza e laboratori di promozione della salute in chiave interculturale e su tematiche emergenti. |

Tabella 25 - Analisi di campo condotte

| ANALISI FIELD | | |
|---|---|------------|
| Intervista con coordinatrice di progetto | Dott.ssa Giovanna Storti, ASL di Salerno su delega Regione Campania | 22/09/2025 |
| Focus group 1 – Governance di progetto | N. di partecipanti: 12 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direttore dipartimento salute mentale, ASL Caserta ▪ Funzionaria amministrativa, ASL Caserta ▪ Referente di progetto, ASL Benevento ▪ Referente di progetto, ASL Napoli 3 Sud ▪ 2 Referenti IPRS ▪ 4 Referenti CIDIS ▪ Referente Consorzio La Rada ▪ Coordinatrice di progetto | 21/10/2025 |
| Focus group 2 – | N. di partecipanti: 13 | 28/10/2025 |

Equipe multidisciplinari

- medico psicoterapeuta, équipe multidisciplinare Benevento
- avvocato équipe Benevento
- mediatrice équipe Benevento
- assistente sociale, équipe Napoli 1
- operatrice legale, équipe Napoli 1
- psicologa, équipe Napoli 1
- referente di progetto CIDIS
- educatrice e operatrice CIDIS
- psicologa CIDIS
- referente Consorzio La Rada
- psicologo di comunità, Consorzio La Rada
- 2 referenti IPRS

ALLEGATO V – Bibliografia

Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali & Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca (a cura di) (2018) *Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose*.

Baglio, G., A. Burgio, S. Geraci (2022) *Salute della popolazione straniera*. In: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (a cura di), *Rapporto Osservasalute 2021. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano. p.373-374

Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*, Background document to WHO European meeting on bridging the gap.

Domnich, A., D. Panatto, R. Gasparini, D. Amicizia (2012) *The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today?*, Italian Journal of Public Health (IJPH), Vol. 9(3).

ECDC [European Centre for Disease Prevention and Control] (2018) *Public health guidance on screening and vaccination for migrants*.

EMFCSC [Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture] (2022) *Dichiarazione di Erice 'la salute dei migranti. Una sfida di equità per il sistema sanitario pubblico'*, aprile 2022, Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva.

Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P. (2024) *Vicarious Impacts of Working with Refugees and Asylum Seekers: An Integrative Review*, Journal of Immigrant & Refugee Studies, Vol.22(3):482-502.

Ferrara, A. (2025) *A Refugee Health Paradox? Self-Reported Health Trajectories of Refugees and Immigrants in Germany*, Vol. 51(4):1377-1401, dicembre 2025.

Fondazione GIMBE (2025) *8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale*, The Lancet Regional Health – Europe, Editorial - *The Italian health data system is broken*, Vol.48, gennaio 2025.

Gökhan E., Demircioğlu M., Çırakoğlu O.C. (2022) *A neglected aspect of refugee relief works: Secondary and vicarious traumatic stress*, Journal of Traumatic Stress: Vol.35(3): 891-900.

IDOS - Centro Studi e Ricerche (2025) *Dossier Statistico Immigrazione 2025*, Roma, IDOS Edizioni.

INMP (2022) *Primo rapporto nazionale sull'attuazione del protocollo per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, settembre 2022.

INMP, ISS, SIMM (2015) *Individuazione delle problematiche clinico-organizzative e degli ambiti di sanità pubblica su cui orientare la produzione di Linee Guida - Attività di priority setting mediante consultazione degli stakeholder*, Programma Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, ottobre 2015.

INMP, ISS, SIMM (2018) *Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia*, Programma Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, aggiornamento febbraio 2024.

INMP, ISS, SIMM (2017) *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*, aggiornamento giugno 2023.

Lo Piccolo, F., V. Todaro, S. Siringo (2022) *Informal migrant settlements between irregular condition and right to the city. New challenges for planning in cross-border euro-mediterranean contexts*, AESOP Annual Congress 2022, Space for species: redefining spatial justice - book of proceedings, Vol. 34(2).

Lu, C. & E. Ng (2019) *Healthy immigrant effect by immigrant category in Canada*, Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X • Health Reports, Vol. 30(4): 3-11, aprile 2019.

McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990) *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, J Trauma Stress 3, pp.131–149.

MEDU e UNHCR (2022) *Margini. Rapporto sulle condizioni socio-sanitarie di migranti e rifugiati negli insediamenti informali della città di Roma*.

MLPS [Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali] e ANCI-Cittalia (2022) *Condizioni abitative dei migranti che lavorano nel settore agroalimentare*.

Ministero della Salute (2017) *Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale vittime di tortura*. Marzo 2017

Ministero della Salute (2008) *Linee guida per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile*.

Ministero dell'Interno (2022) *Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*.

MSF [Medici Senza Frontiere] (2025) *Disumani. L'esperienza della tortura nella rotta migratoria mediterranea, l'assistenza delle persone sopravvissute in un sistema precario*.

MSF (2022) *Attuazione delle Linee Guida per assistenza e riabilitazione delle vittime di tortura e altre forme di violenza: mappatura e analisi*.

MSF (2016) *Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale*.

Openpolis e ActionAid (2024, 2025) *Accoglienza al collasso. Report*.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2025) *Rapporto Osservasalute 2025. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano.

Pasini, N. & V. Merotta (2019) *La salute*, In: Fondazione ISMU (a cura di), *XXV Rapporto sulle migrazioni 2019*, Milano.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2023) *Le attività del Numero Verde Nazionale Antitratta. Report 2023*, Dipartimento per le Pari Opportunità.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2017) *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*, Dpcm del 24 novembre 2017.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2020) *Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, Conferenza Unificata 9 luglio 2020.

Romero, M.P., R.I. Bratosin, A. (2024) *Preliminary Study of Italy and Spain's Informal Settlements: Beyond the Numbers*, IE Center for Sustainable Cities.

Rumbaut, R.G. (1999) *Assimilation and its discontents: Ironies and paradoxes of contemporary immigration*. In: C. Hirschman, P. Kasinitz, J. DeWind (eds.), *The handbook of international migration: The American experience*, Russell Sage Foundation, New York.

Sørensen K. et al. (2012) *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, BMC Public Health. Vol.12(80).

Sørensen K. (2024) *Health literacy is a human rights concern. A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights*, Strasbourg: Council of Europe.

UNHCR (2013) *Operational Guidance on Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations*.

Verona A. & Pinna E. (2023) *La condizione sociosanitaria delle persone dimoranti negli insediamenti informali della provincia di Foggia assistite nel 2022 da INTERSOS*. In: Da Cas R, Morciano C. (Ed). *La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria*. Boll Epidemiol Naz 2023; Vol.4(4):6-13.

WHO (2022) *World report on the health of refugees and migrants*, Geneva.

WHO (2018) *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*, Copenhagen.

WHO (2018) *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants (Technical guidance)*, Regional Office for Europe.

