

# **"È stato un effetto a catena"**

## **L'impatto del COVID-19 sulla popolazione migrante a Bologna**

### **Report del progetto di ricerca:**

Sorveglianza epidemiologica e controllo del COVID-19 in aree urbane metropolitane e per il contenimento della circolazione del SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata in Italia - Progetto

CCM 2020



**Centro di Salute  
Internazionale e  
Interculturale**

# **COSA TROVERAI IN QUESTO REPORT**

---

## **01**

**Cosa abbiamo fatto?**

## **02**

**Cosa è emerso?**

## **03**

**Cosa raccomandiamo?**

## **04**

**Glossario**

# 01. COSA ABBIAMO FATTO?

Abbiamo svolto una ricerca qualitativa sull'impatto della diffusione di COVID-19 sulla **popolazione con background migratorio**, nell'ambito del Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Sorveglianza epidemiologica e controllo del COVID-19 in aree urbane metropolitane e caratterizzazione virologica per il contenimento della circolazione del SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata in Italia". Questa ricerca aveva come scopo comprendere come la pandemia di Covid 19 abbia prodotto impatti diseguali di salute su diverse popolazioni, in relazione alle diverse condizioni socio-economiche ed elaborare così delle raccomandazioni destinate ai decisori politici per rafforzare gli interventi rispetto a questa popolazione.

La ricerca ha preso le mosse da una revisione della letteratura già esistente sui fattori di rischio e le condizioni di particolare criticità per la malattia di COVID-19, come le patologie a carico della salute mentale, la disabilità, le comorbidità e, per l'appunto, il background migratorio. Questa revisione ha soprattutto suggerito l'impianto sindemico del COVID-19 e ci ha aiutato a definire gli ambiti da esplorare nel nostro studio. A partire da questo e da una **mappatura del territorio**, abbiamo identificato le persone dei servizi pubblici e del privato sociale da coinvolgere nella ricerca.

Durante la fase di **produzione dei dati**, abbiamo svolto focus group e interviste su temi quali la gestione del COVID-19, i bisogni intercettati in relazione alla pandemia e i punti di forza dei servizi nel rispondere ai bisogni. Abbiamo poi coinvolto e intervistato alcune persone migranti, scelte fra le categorie potenzialmente più esposte all'impatto negativo della pandemia: lavoratori/lavoratrici della logistica, rider, caregiver - badanti- (categorie "essenziali" e quindi esposte a maggior rischio durante il periodo pandemico) e persone accolte nelle strutture per senza dimora. Nel raggiungere questi/e partecipanti siamo stati aiutati/e da sindacati di base (logistica e rider), ambulatori a bassa soglia del privato sociale (caregiver) e servizi sociali a bassa soglia (persone senza dimora). In totale abbiamo condotto **5 focus group e 16 interviste**, coinvolgendo 40 persone.

Nella fase di analisi dei dati, abbiamo analizzato tematicamente quanto emerso e discusso i risultati all'interno del team di ricerca multi-disciplinare, composto da medici, mediche ed antropologhe. Abbiamo inoltre condiviso l'analisi con gli/le stessi/e partecipanti nel corso di due eventi di restituzione e discussione per elaborare insieme le raccomandazioni per i/le decision-maker al fine di mitigare gli effetti dell'impatto diseguale della pandemia di COVID-19 e migliorare la gestione delle future pandemie.

Interviste	N. di pers.	Focus group Professionisti/e Sociosanitari/e	N. di pers.
Rider	1	Servizi socio-sanitari a bassa soglia (1)	6
Caregiver	2	Servizi per la salute mentale (1)	5
Lavoratori/trici della logistica	6	Ambulatori del privato sociale (1)	6
Persone senza dimora	5	Task force COVID-19 vulnerabili (1)	4
Professionisti/e socio-sanitari/e: -assistenza sanitaria per persone non iscrivibili al SSN (1) -popolazione senza dimora (1)	2	Grandi centri di accoglienza per persone RTPI -Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale- (1)	3
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>Totale (persone)</b>	<b>24</b>

Tabella 1. Informatori/informatrici chiave

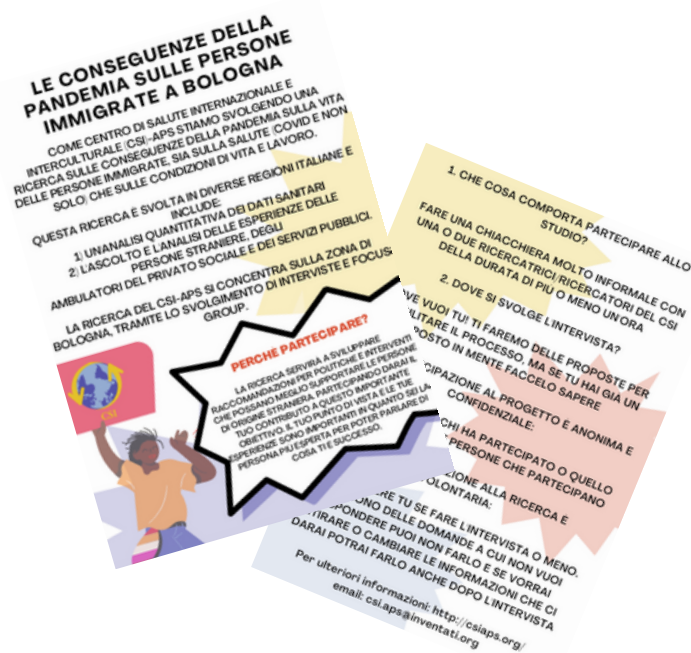


Figura 1. Volantino

# 02. COS'È EMERSO?

## Percezioni e vissuti relativi al COVID-19 e alla pandemia

---

La ricerca ha evidenziato l'esistenza di diverse interpretazioni della malattia Covid-19 e delle relative disposizioni di contenimento oltre ad un **forte legame fra queste interpretazioni e le condizioni di vita e di lavoro** delle persone.

Rispetto a come presentata dai media nella fase iniziale della pandemia, diverse persone coinvolte hanno vissuto la "malattia COVID-19" con un iniziale scetticismo e confusione, soprattutto riguardo la sua pericolosità e letalità. Diversi/e partecipanti con background migratorio hanno detto di vedere il COVID-19 come un fenomeno enfatizzato e "cavalcato" da chi detiene il potere economico allo scopo di inasprire le precarie condizioni dei lavoratori/rici, soprattutto nei settori ad alto sfruttamento.

*"il problema maggiore l'hanno fatto perché secondo me volevano approfittare di una situazione del genere e farla... ingrandirla e descriverla come una fine del mondo e poi per poter approfittare e impoverirci ancora di più." (Lavoratrice della logistica)*

Operatori/trici sanitari/e hanno riportato che alcuni pazienti pensavano al virus come a un'invenzione del mondo occidentale, e al COVID-19 come a una malattia che ha **colpito solo il "mondo bianco"**. I **contesti di origine** - dove la realtà del COVID-19 e del suo contenimento era molto diversa - **hanno giocato un ruolo importante tanto come fonte di informazione** (insieme anche a reti amicali e lavorative in Italia) **quanto come metro di misura** rispetto alla situazione italiana. Questo ha aumentato la diffidenza nelle disposizioni di contenimento più dure, spesso poco chiare e contraddittorie. In generale è emersa la **scarsità di punti di riferimento chiari e fidati** nel contesto di accoglienza, con poche eccezioni (ad esempio gli/le operatori/trici dei centri di accoglienza per senza dimora).

Anche a causa di questo, le persone riscontravano molte difficoltà nel rispettare le disposizioni, soprattutto quando queste mettevano a rischio la propria posizione legale, lavorativa e/o le loro relazioni. L'adesione alla campagna vaccinale ha avuto per molti un senso utilitaristico, cioè è stata **finalizzata alla prosecuzione della propria progettualità di vita** più che essere motivata dalla convinzione della necessità del vaccino.

Fatta eccezione per le persone all'interno di relazioni di caregiving o parentali particolarmente strette, per le quali il timore di contagio è stato rilevante, **la paura ingenerata dal COVID-19 sembra aver riguardato in misura maggiore le possibili ricadute in ambito lavorativo, burocratico (documenti di soggiorno) ed economico**, piuttosto che le conseguenze legate alla malattia in sé.

## Impatto diretto sulla salute

---

Le persone intervistate avevano quasi tutte avuto il COVID-19 con sintomatologie lievi. Diverse hanno però riferito una sintomatologia debilitante legata al post Covid. Le barriere amministrative preesistenti (dovute per esempio alla mancanza di residenza anagrafica, di permesso di soggiorno o di **tessera STP**) hanno limitato la possibilità di accesso ai test per il COVID-19 e ad assistenza in caso di positività, così come, successivamente, alla vaccinazione e al green pass.

Professioniste e professionisti dei servizi hanno inoltre riportato diverse morti per COVID-19 accadute nei centri di accoglienza durante le prime fasi della pandemia e la **vulnerabilizzazione di alcune specifiche categorie** come le caregiver. Alcune professioniste hanno inoltre riportato di non aver avuto la sensazione che ci fossero stati molti più contagiati o situazioni mediamente più gravi rispetto alle persone italiane, ma hanno anche riconosciuto che le persone con background migratorio (in particolare quelle senza permesso di soggiorno) sono probabilmente **rimaste invisibili ai servizi**.

L'impatto più evidente è invece stato riscontrato in relazione ad altre patologie e all'accesso alle cure. Particolarmente critici sono stati i **ritardi nell'ottenimento di prestazioni sanitarie** (interventi chirurgici, visite post operatorie) e le lunghe liste d'attesa per prenotare visite specialistiche dopo la prima fase di pandemia. A questa situazione si è associato un **alto tasso di interruzione dei percorsi di cura e la riacutizzazione e l'aggravamento di patologie** (es. odontoiatriche, diabetiche, neoplastiche, ortopediche e cardiopatiche), con conseguenze importanti anche in altre sfere di vita, quali ad esempio la perdita del lavoro e del permesso di soggiorno.

Tutti/e i/le partecipanti hanno sottolineato come **la salute mentale delle persone migranti sia fortemente peggiorata**: i casi di sofferenza psicologica sono aumentati e quelli preesistenti sono in molti casi peggiorati. Le cause di questo fenomeno sono diverse e includono l'obbligo di convivenze forzate e di permanenza in strutture e/o in situazioni abitative svantaggiate con la riattivazione di traumi vissuti durante la rotta migratoria, l'isolamento sociale, lo sfruttamento lavorativo, e (in minor parte) la paura del contagio. L'aggravamento del disagio mentale è stato particolarmente acuto tra le **donne, esposte a un maggior grado di vulnerabilità/oppresione, isolamento sociale e violenza domestica**. In alcuni casi, è stata la **stagnazione del progetto migratorio**, conseguente alla sospensione del rinnovo e del rilascio dei documenti e del permesso di soggiorno, o la difficoltà di trovare una condizione di stabilità a causa della crisi economica, a determinare un peggioramento dei casi di depressione.

In questo contesto, è stata riscontrata da alcuni/e partecipanti una **forte crescita di domanda di servizi al Centro di Salute Mentale nel post lockdown**, così come anche un incremento della “medicalizzazione” di queste sofferenze tramite l’utilizzo di antidepressivi e antipsicotici.

*“Una notte lo mandano in SPDC, lui si alza: 'Voglio andare a casa', e lì lo hanno ammazzato con i farmaci... (...) Poi ritorna e becca anche il Covid. Rimandano all'hotel e all'hotel non può vedere nessuno e lì è diventato come un pazzo.” (Infermiera)*

L’impatto negativo della pandemia si è manifestato anche in relazione al consumo e all’abuso di sostanze. Alcuni/e operatori/trici dell’accoglienza hanno riferito un **incremento degli stati di alcolismo e pre-alcolismo** facendo supporre una pratica di autocura della sofferenza psicologica.

Allo stesso tempo, in alcuni casi la pandemia ha creato le condizioni per l’**emersione e la presa in carico di vulnerabilità e patologie preesistenti**, ad esempio durante il ricovero per Covid19, portando all’inizio di un iter di regolarizzazione legale e sanitario. Questo ha coinciso anche con una maggiore prossimità degli/le operatori/trici nelle strutture che hanno avuto modo di passare più tempo e di osservare più a lungo i comportamenti delle persone ospitate.



## Pandemia e determinanti sociali di salute

---

L'impatto della pandemia sui **determinanti sociali di salute** (casa, lavoro, relazioni sociali, accesso ai servizi, status legale, condizioni economiche) è emerso come centrale nell'esperienza delle persone con background migratorio: diverse hanno parlato di un effetto moltiplicatore dell'intersezione di diversi assi di svantaggio o di un **effetto "catena"** che ha provocato un impatto peggiore se comparato con le persone italiane.

*"Ci sono tre punti fondamentali qua in Italia: la tua salute che ti garantisce il lavoro, il lavoro che ti garantisce il permesso di soggiorno. Se ti manca qualcosa, sei già fuori. È così."* (Lavoratore della logistica)

A fronte di ciò, è significativo come molte persone con background migratorio non abbiano affatto nominato o abbiano riportato come **insufficiente il supporto da parte dei servizi e delle istituzioni**.

Fra i diversi elementi, **il lavoro sembra essere stato il fattore determinante** nell'aumento della precarietà, strettamente connesso ad altri determinanti quali le condizioni economiche ed il posizionamento legale. Sia durante il primo lockdown che successivamente, per caregiver e lavoratori e lavoratrici informali è stato riportato **un aumento dei casi di perdita del lavoro e la diminuzione dei ritmi lavorativi**, con conseguenze economiche e materiali importanti e ripercussioni sulla salute mentale e la possibilità di accedere ai servizi. Le persone operanti nel settore della logistica hanno invece riportato un incremento dei ritmi lavorativi e al tempo stesso **il mancato rispetto, nei contesti lavorativi, delle misure di contenimento** durante il primo lockdown, con il conseguente aumento del rischio di contagio.

*"le persone vengono chiuse in casa quindi... non possono uscire a comprare, a fare shopping ... quindi fanno online, se fai online le spedizioni vengono tramite logistica allora devono chiamare più persone (...) [quando] esce fuori non puoi avvicinarti a un amico, mentre dentro al magazzino devi stare... cioè 400 persone, neanche non hai spazio per camminare, quindi non sai se è positivo, negativo... non ci sono verifiche... i tamponi perchè era l'inizio, no? (...) E senza mascherine, gel non ci sono, distanza non ci pensano neanche..."* (Lavoratore della logistica)

Indipendentemente dal settore lavorativo, diverse persone migranti hanno riportato una **maggiore difficoltà di accesso al mercato del lavoro** dopo la prima fase della pandemia. A causa della perdita del lavoro e del reddito, secondo diversi/e partecipanti sono aumentate le persone senza dimora. Di conseguenza, si è anche verificato un aumento nell'ingresso di nuovi/e ospiti all'interno di strutture di accoglienza, le cui condizioni di sovraffollamento hanno in alcuni casi favorito il diffondersi del virus.



Per chi disponeva di un'abitazione, i metri quadrati in relazione al numero di persone e le condizioni di abitabilità hanno influito sul rischio di contagio e sull'esperienza complessiva dei periodi di lockdown.

La pandemia ha inoltre avuto un **impatto importante sulle relazioni e sul capitale sociale delle persone**. Diverse persone migranti hanno riportato l'indebolimento o la rottura di alcuni legami a causa della lontananza fisica e geografica durante i lockdown, dell'impossibilità di viaggiare e/o della necessità di preservare i famigliari dal contagio. Per alcuni, vi è stato invece un recupero di contatti precedentemente persi e un rafforzamento di relazioni significative con coinquilini/e e operatori/trici delle strutture di accoglienza, grazie alla maggiore condivisione di tempo e spazi e all'esperienza forte dell'isolamento. In generale, **le relazioni sono emerse come determinante protettivo o di rischio rispetto al COVID-19** per il loro potenziale di facilitazione dell'accesso ai servizi per le persone meno inserite.

Una conseguenza molto importante della pandemia è stata **la sospensione o il rallentamento di molti processi finalizzati all'inclusione**, come i tirocini formativi e i percorsi di formazione ed inserimento lavorativo. Alcuni/e operatori/trici hanno segnalato come l'improvviso incremento della digitalizzazione e della burocratizzazione dell'accesso ai servizi abbia influito negativamente sui percorsi di accompagnamento all'autonomia delle persone inserite nel sistema di accoglienza. Similmente, l'introduzione del Green Pass per accedere a servizi di prima necessità ha rappresentato un'ulteriore barriera. La chiusura delle questure e delle prefetture ha avuto gravi ripercussioni sulla popolazione migrante in quanto ha comportato un allungamento dei tempi per il rilascio e/o rinnovo dei permessi di soggiorno, compromettendo parzialmente l'accesso a vari diritti (tra cui quello alle cure) e alla possibilità di lavorare regolarmente.

Secondo alcuni/e partecipanti, il contesto emergenziale ha agito come catalizzatore di preesistenti dinamiche discriminatorie di matrice razzista, incrementando i fenomeni di razzismo che venivano mascherati tramite le misure di prevenzione.



## Gestione della pandemia e impatto sui servizi socio-sanitari

---

La pandemia sembra aver avuto un impatto ambivalente sui servizi socio-sanitari. Da un lato ne ha ridotto fortemente l'accessibilità, portando alla chiusura o alla riduzione dell'attività e alla limitazione dell'accesso libero e riducendo, in particolare, la facilità di accesso per persone marginalizzate a causa del rallentamento di procedure amministrative (a causa della chiusura degli uffici di immigrazione) o delle limitazioni all'accompagnamento di terzi.

*“Erano senza tetto stranieri, che parlano la lingua molto poco e che se di solito si fanno accompagnare ai servizi da qualche amico che parla un po' meglio l'italiano, con la pandemia si trovavano molto più soli.”*  
(Medica di medicina generale, focus group bassa soglia)

In questo senso, importanti difficoltà hanno riguardato gli ambulatori del privato sociale: nonostante rappresentassero l'unico punto assistenziale per le persone più marginalizzate, durante i primi tempi hanno dovuto lavorare nella scarsità di indicazioni e attrezzature (come i dispositivi di protezione individuale) e con un numero ridotto di volontari e volontarie (per lo più in età considerate fragili), una difficoltà che è proseguita anche nelle fasi successive al primo lockdown.

Dall'altro, la situazione pandemica ha spinto i servizi ad **adottare nuove configurazioni organizzative, implementando servizi di prossimità e cure intermedie**, come ad esempio le USCA per la gestione dei casi sospetti o positivi di COVID-19, il P-Covid e gli Hotel Covid. Inoltre, in quella fase si è resa necessaria **una maggiore integrazione e collaborazione tra servizi**, attori dell'assistenza primaria, istituzioni e dipartimenti territoriali dell'AUSL, per predisporre attività e servizi specifici per popolazioni marginalizzate. Un esempio importante è stata la Task Force vulnerabili, volta alla gestione di casi confermati e sospetti nelle strutture, e alla promozione di attività di formazione e di monitoraggio, a cui hanno partecipato diversi dipartimenti territoriali e i principali servizi sociali partecipi nella gestione di strutture di accoglienza per richiedenti protezione internazionale e persone senza dimora.

Tuttavia, la spinta di integrazione tra servizi sanitari e sociali ed il rafforzamento dell'assistenza primaria non sembra avere interessato tutti i livelli dell'assistenza. Molti/e operatori/trici hanno infatti riportato non solo la difficoltà di lavorare in modo integrato con altri/e professionisti/e, ma anche **l'assenza di indicazioni e di riferimenti all'interno dei vari servizi**. Questo si è accompagnato a un generale sovraccarico e a un'importante frustrazione dovuti all'aumento del lavoro e ad una concomitante riduzione della qualità dello stesso, una condizione che è perdurata in parte anche dopo le prime fasi della pandemia.

# 03. COSA RACCOMANDIAMO?

L'impatto sulla salute della popolazione migrante durante la pandemia si è generato **all'intersezione fra diversi ambiti e dimensioni - sia micro che macro**: dalle dinamiche relazionali, alla strutturazione dei servizi fino alle politiche di welfare.

Lo studio ha dimostrato come l'impatto della pandemia sulla salute delle persone migranti sia **dipeso fortemente da condizioni pre-esistenti sia interne che esterne ai servizi** e come queste abbiano in molti casi impedito o ostacolato un adeguato supporto per persone già marginalizzate. Al tempo stesso, le necessità dettate dalla pandemia hanno portato al temporaneo superamento di alcune criticità e barriere, superamento che auspichiamo possa continuare ed essere messo a sistema nella gestione e strutturazione ordinaria dei servizi.

Alla luce di tutto questo, come promotori e promotrici dello studio e in dialogo con le persone che vi hanno partecipato, abbiamo formulato alcune **raccomandazioni utili sia in preparazione per, che in risposta ad altri eventi pandemici così come per il generale rafforzamento del sistema di servizi e welfare** rivolti a persone con background migratorio.



## 01 — Comunicazione e competenza culturale

- Promuovere un **maggiore coinvolgimento delle comunità** presenti sul territorio (es. associazioni, sindacati, gruppi religiosi) per promuovere le informazioni e formulare strategie adeguate.
- Implementare **azioni culturalmente e socialmente orientate** (es. formazioni per il personale socio-sanitario, approccio multidisciplinare, apertura degli ambulatori flessibile).
- Potenziare la **mediazione linguistico-culturale** come parte integrante dei servizi, compreso il servizio di medicina generale.
- Attenzionare **l'equità nei processi di digitalizzazione** (es. informative multilingue, diffusione sui social media o reti specifiche, in affiancamento ad approcci più relazionali) e **promuoverne l'uso anche nello scambio di informazione nei e tra i servizi per migliorare il lavoro di rete.**



## 02 — Riorganizzazione dei servizi socio-sanitari

- Promuovere approcci ispirati ai principi dell'**integrazione socio-sanitaria, la prossimità e la partecipazione della comunità** (es. Comprehensive Primary Health Care), mettendo anche a sistema alcune configurazioni adottate durante la pandemia (es. Task Force Vulnerabili)
- Sviluppare procedure per **garantire l'accesso all'assistenza primaria** a persone sprovviste di residenza anagrafica o titolari di **tessera STP**, e facilitare il rilascio della tessera STP per persone prive di permesso di soggiorno
- Destinare risorse per **servizi a bassa soglia e di prossimità**



## 03 — Politiche socio-sanitarie e di welfare

- Potenziare **le strutture di accoglienza per persone senza dimora e per RTPI (Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale) e promuoverne l'integrazione** con gli altri servizi non solo sociosanitari: es. di orientamento al lavoro, di formazione, di accesso alla casa, di socialità e relazione come le associazioni e le realtà di attivismo.
- Rendere effettivo **l'accesso prioritario ai documenti di soggiorno nel caso di vulnerabilità, e garantire la continuità dell'accesso al welfare** per persone esposte a condizioni di svantaggio e marginalizzazione (es. perdita lavoro, perdita residenza)
- **Potenziare il monitoraggio e il contrasto alle discriminazioni e allo sfruttamento lavorativo**, soprattutto nell'ambito della logistica, dei rider e del lavoro di cura domestico.
- Rafforzare **le politiche abitative pubbliche e monitorare e contrastare gli eventi discriminatori nell'accesso alla casa** (es. sensibilizzare sull'esistenza dello **SPAD**).

# 04. GLOSSARIO

**Ricerca qualitativa:** è un metodo di ricerca che analizza e descrive i fenomeni a partire dalle esperienze e dai punti di vista delle persone, tramite interviste o osservazioni. Si differenzia dalla ricerca quantitativa che mira a misurare e quantificare i fenomeni.

**Revisione della letteratura:** è un momento della ricerca in cui si raccolgono ed analizzano alcune pubblicazioni scientifiche che hanno a che fare con il tema della ricerca. Serve per comprendere come altri ricercatori e ricercatrici hanno analizzato le stesse tematiche e quali risultati hanno individuato in contesti diversi.

**Sindemia:** è un termine elaborato negli anni '90 dall'antropologo Merrill Singer. Viene usato per sottolineare la correlazione fra diverse malattie che si presentano spesso insieme, anche a causa delle disuguaglianze sistemiche, sociali ed economiche che si traducono in esiti di salute diseguali.

**SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura):** servizio ospedaliero dove vengono attuati ricoveri volontari e non, per problematiche legate alla salute mentale.

**Determinanti sociali di salute:** sono i fattori che condizionano la salute di una persona e di una comunità, come il contesto di vita e di lavoro, la rete di relazioni sociali, l'accesso ai servizi e all'istruzione, il contesto ambientale, le politiche di welfare, il razzismo etc. le politiche in tutti questi ambiti hanno ripercussioni documentate sulla salute e sull'equità.

**Servizi a bassa soglia e di prossimità:** servizi rivolti a persone adulte marginalizzate. Generalmente dormitori, punti doccia, mense... e tutti i servizi che offrono loro orientamento, accoglienza, ascolto ed accompagnamento all'esercizio dei propri diritti. Sono servizi ad accesso libero e con orari generalmente più lunghi dei servizi standard.

**Tessera STP (Stranieri Temporaneamente Presenti):** documento cartaceo che consente l'accesso alle cure urgenti ed essenziali per le persone straniere senza permesso di soggiorno (o relativa ricevuta di richiesta).

**SPAD (SPortello AntiDiscriminazioni):** è uno sportello del Comune di Bologna che ascolta, orienta e supporta le persone che hanno vissuto o sono state testimoni di discriminazioni.

**USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale):** equipe di medici/mediche che durante la pandemia hanno garantito l'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero.

## Il team di ricerca:

Delia Da Mosto, Elisa Adami, Francesca Cacciatore,  
Francesca Girardi, Giulietta Luul Balestra, Leonardo  
Mammana, Marianna Bettinzoli, Marianna Parisotto, Silvia  
Giaimo



Il **Centro di Salute Internazionale e Interculturale** è un'associazione di promozione sociale costituita da professioniste/i dell'area medica e socio-antropologica. L'associazione opera nel campo della promozione della salute, con particolare attenzione ai contesti e alle comunità che sono state marginalizzate. Le finalità dell'associazione sono la produzione e diffusione di conoscenze, e la costruzione di sinergie tra istituzioni, organizzazioni e società civile. Tramite un approccio interdisciplinare volto a realizzare pratiche di ricerca-azione e formazione intervento promuoviamo processi che contribuiscano a migliorare e rendere più democratici il sistema dei servizi socio-sanitari, stimolando una trasformazione sociale nella direzione dell'equità, della giustizia sociale e della sostenibilità.

## Contatti

### Centro di Salute Internazionale e Interculturale - APS

Via di Corticella 303 c/d

[www.csiaps.org](http://www.csiaps.org)

[www.facebook.com/csiaps](https://www.facebook.com/csiaps)

[csi.aps@inventati.org](mailto:csi.aps@inventati.org)