



SPRAR

Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati



MINISTERO
DELL'INTERNO

TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI

DOSSIER SPRAR GENNAIO 2018

*si consiglia la stampa nel formato
manuale/booklet*

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. NORMATIVA, GIURISPRUDENZA, PARERI	5
2.1 Introduzione	5
2.2 Corretta applicazione della normativa	6
2.3 Livelli essenziali di assistenza (LEA)	6
2.4 Esenzione ticket	9
2.5 Immigrazione e salute	9
2.6 Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale	10
2.7 Speciale MSNA	10
3. LINEE GUIDA E RAPPORTI	13
3.1 Introduzione	13
3.2 Linee guida	14
3.2.1 Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili (mgf) o altre pratiche dannose. Per operatori dei cpsa, cda e dei cara.	14
3.2.2 Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale,	15
3.2.3 Linee Guida I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza,	16
3.2.4 Linee guida per le Asl e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza – “ Percorso per le donne che subiscono violenza”,	18
3.2.5 Linee guida sulla prevenzione delle malattie infettive tra i migranti appena giunti in Europa	18
3.3 Rapporti/relazioni	19
4. BUONE PRASSI	21
4.1 Regione Umbria – Piano sanitario regionale 2018 -2020	21
4.2 Regione Marche – manuale per la realizzazione di interventi di accoglienza e integrazione	21
4.3 SPRAR Lodi – servizio di psicologia a supporto dei progetti SPRAR e dei CAS22	
4.4 SPRAR Rimini – prima presa in carico MSNA	22

1. INTRODUZIONE

Il presente dossier si prefigge di ricomporre uno sguardo d'insieme e contestualmente specifico di ciò che nell'anno 2017 è stato prodotto e realizzato, a partire dal livello normativo, in materia di tutela della salute dei migranti.

Come più volte emerso dai singoli territori, ad oggi si rileva un deficit di *governance* e una difformità istituzionale in ambito sanitario. Di fatto con la riforma del titolo V della Costituzione (2001) e il conseguente passaggio di competenze in materia di sanità alle regioni e in materia d'immigrazione allo Stato, si è venuto a creare un pendolo di possibili ambiguità tra la legislazione "esclusiva" dello Stato e la legislazione "concorrente" delle Regioni. Pertanto, diversamente da quanto stabilito dall'art. 32 della Costituzione nell'ambito dei rapporti etico-sociali e che sancisce il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo, di fatto non è un diritto sempre esigibile ed esigito, perché soggetto a condizionamenti dovuti a fattori vari.

Tra il 2008 e il 2016, presso la Commissione salute alla conferenza Stato-Regioni era stato istituito un Tavolo tecnico ed era stato raggiunto un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, accordo che non è stato ratificato e applicato in tutte le regioni.

Le Linee guida relative alla presa in carico di migranti che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, anche se in realtà strumento d'indirizzo, costituiscono un tentativo di *governance*, analogamente alle Linee guida su immigrazione e salute riguardanti i controlli alla frontiera e alle quali hanno lavorato l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l'Istituto superiore della sanità (ISS) e la Società Italiana della Medicina delle Migrazioni (SIMM).

2. NORMATIVA, GIURISPRUDENZA, PARERI DI RECENTE PUBBLICAZIONE

2.1 *Introduzione*

Il fenomeno migratorio è complesso, multifattoriale, dinamico e strutturale. Il passaggio dal Diritto enunciato alla quotidianità è condizionato da vari fattori, quali possono essere le situazioni socio-economiche, le scelte politico-programmatiche e la capacità a dar voce ai propri diritti.

In ambito sanitario l'Italia ha affrontato il tema in modo adeguato e lungimirante. Nonostante ciò, ci sono deficit di *governance* e incoerenza istituzionale: di fatto, ogni Regione affronta il tema in modo originale, spesso originando disuguaglianze nell'accesso ai servizi e anche nelle prospettive di salute.

Dal 1995, l'Italia ha scelto, per gli stranieri, politiche sanitarie inclusive in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni. E ciò ha avuto l'espressione più alta nelle normative, tuttora in vigore, emanate con la legge 286 del 1998 (artt. 34 e 35).

Tenuto conto che le politiche riguardanti immigrazione e asilo sono competenza esclusiva dello Stato, mentre sono "concorrenti" tra Stato e Regioni quelle riguardanti l'assistenza sanitaria, vengono a costruirsi competenze, percorsi e norme, di fatto, differenti tra le varie realtà territoriali. La discrezionalità interpretativa della legislazione vigente e, quindi, la disomogeneità nell'applicazione della norma a livello territoriale è stata e continua ad essere una costante in merito all'assistenza sanitaria dei migranti in Italia. E con l'incremento dei numeri riguardo le presenze su tutto il territorio nazionale, tale difformità è divenuta sempre più marcatamente evidente. Nel presente dossier, partendo dall'accordo siglato a dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, riguardo il documento elaborato dal Tavolo interregionale, si è voluto restituire *in primis* i vari passaggi normativi e giurisprudenziali che hanno delineato l'intervento dello Stato nel corso del 2017, a fronte di una permanente difformità di risposta in tema di accesso alle cure da parte dei migranti.

2.2 Corretta applicazione della normativa

Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome, Accordo del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 255/CSR).

Alla luce della discrezionalità interpretativa della normativa vigente nei vari territori, il documento ha voluto essere un atto interpretativo delle norme vigenti, al fine di favorire un accesso più omogeneo alle cure da parte dei migranti e facilitare il lavoro degli operatori sanitari. Il documento è frutto di un lavoro puntuale di ricognizione di tutte le disposizioni normative vigenti nell'ambito del Tavolo interregionale *Immigrati e servizi sanitari*, istituito nell'ambito del progetto *Promozione della salute della popolazione immigrata*, promosso dal Ministero della salute, Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, e la cui realizzazione è stata affidata alla regione Marche nel 2007. Nel Documento si è voluto anche cogliere i principi ispiratori di normative e direttive europee relative all'assistenza sanitaria ai migranti.

La novità più importante riguarda gli immigrati e cioè la previsione che *“I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani”* (articolo 63, comma 4).

http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20%205%20quater.pdf

2.3 Livelli essenziali di assistenza (LEA)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - Lea (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 Supplemento ordinario n.15).

Il Decreto sostituisce integralmente - a distanza di 16 anni - il DPCM 29 novembre 2001 con cui erano stati definiti per la prima volta **le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA verranno aggiornati annualmente.

Le principali novità del DPCM:

- innova il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risale al 1996, escludendo prestazioni obsolete e introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate (i.e. adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile, tomografia retinica OTC).

- **aggiorna gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket**. Inserisce più di 110 entità, tra malattie rare singole e gruppi, e 6 nuove patologie croniche.

- innova il nomenclatore dell'**assistenza protesica**, dopo 18 anni, introducendo ausili protesici tecnologicamente avanzati ed escludendo quelli obsoleti (i.e. strumenti e software di comunicazione alternativa e aumentativa, tastiere adattate per persone con gravissime disabilità, protesi e protesi di tecnologie innovative).

- offre nuovi vaccini e individua nuovi destinatari in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019.

- **aggiorna la lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente (senza ticket) a coppie e donne in epoca preconcezionale, in gravidanza e in puerperio** in pieno accordo con le Linee guida sulla gravidanza.

- introduce lo screening neonatale per sordità congenita e cataratta congenita ed estende a tutti i nuovi nati lo screening neonatale per molte malattie metaboliche ereditarie.

- **inserisce l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti**, negli stadi clinici moderato e grave. Di conseguenza, si riconosce alle pazienti il diritto a usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo.

- trasferisce la **celiachia** dall'elenco delle malattie rare all'elenco delle malattie croniche. Sarà sufficiente una certificazione di malattia redatta da uno specialista del SSN per ottenere il nuovo attestato di esenzione.

- **recepisce la legge n. 134 del 2015 sui disturbi dello spettro autistico**, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico

- **inserisce nella specialistica ambulatoriale tutte le prestazioni necessarie per la procreazione medicalmente assistita**, omologa ed eterologa, fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero.

Il nuovo provvedimento rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni e Società scientifiche.

Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei Livelli essenziali di assistenza, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale.

Gli **articoli 62 e 63** (sui 64 totali) sono riferiti ai **cittadini non appartenenti all'Unione Europea**, richiamando esplicitamente le norme del Testo Unico sull'immigrazione e del suo Regolamento (art. 34 e 35 del Decreto Legislativo n. 286 del 27 luglio 1998 e dell'art. 42 e 43 del decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999) e, di fatto, l'Accordo del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome. Rep. Atti n. 255/CSR).

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

Box aggiornamento LEA ed entrata in vigore del DPCM 12.01.2017**Malattie rare / Guida alle nuove esenzioni**

E' uno strumento destinato ai pazienti, alle ASL e, più in generale, a quanti operano nel mondo sanitario, per facilitare l'accesso all'esenzione dalla quota di partecipazione ai costi per le prestazioni sanitarie (il cosiddetto ticket), una delle numerose novità apportate dal Ministero della Salute nel campo delle malattie rare.

Il 15 settembre sono entrati in vigore i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, che hanno aggiornato l'elenco delle malattie rare esentabili, riorganizzato dal punto di vista dei codici, della nomenclatura delle malattie introducendo la logica dei gruppi di malattie. L'elenco introduce 134 nuovi codici di esenzione, che fanno riferimento ad un totale di 201 malattie.

La Guida fornisce un elenco completo in ordine alfabetico di tutte le patologie oggi esentabili ed un elenco ragionato dei nuovi codici e delle modifiche di codifica. Inoltre, descrive brevemente le nuove malattie rare esenti e dà indicazioni per ottenere l'esenzione. Offre alcune indicazioni per l'ottenimento degli altri benefici, di natura economica e non economica, ai quali i malati rari possono accedere in base alla normativa vigente.

Il progetto editoriale è a cura dell'Osservatorio Malattie Rare in collaborazione con Orphanet Italia.

Questo non vuol dire che ogni malattia rara avrà l'esenzione: se una persona è affetta da una patologia che non compare in elenco come singola malattia, né può essere fatta afferire a un gruppo di patologie presenti nello stesso elenco.

L'iniziativa è nata dalla recente 'rivoluzione' introdotta in Italia nel campo delle malattie rare e si è concretizzata nella realizzazione di una guida sintetica, di facile lettura, in grado di aiutare tutti i portatori di interesse a muoversi all'interno del Decreto appena entrato in vigore e del nuovo elenco delle malattie esenti dal ticket, che arriva a 16 anni di distanza dal primo elenco. La logica dei gruppi aperti consente a tutte le malattie afferenti ad uno determinato gruppo, anche quando non specificate nell'elenco, di essere ricomprese ed esentate. Si tratta di un provvedimento che allinea l'Italia con quanto già avviene in alcuni altri Paesi Europei. Questo evento coincide con l'avvio delle Reti di Riferimento Europee, nelle quali l'Italia è il Paese più autorevolmente rappresentato.

2.4 **Esenzione ticket**

La sentenza del Tribunale Civile di Roma (17/02/2017) ha ribadito **l'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria anche agli inoccupati, superando la distinzione tra disoccupati ed inoccupati.**

Nella fattispecie, a seguito del rifiuto di un'Asl a riconoscere l'esenzione a una titolare di protezione internazionale che non aveva mai svolto attività lavorativa in quanto di fatto "inoccupata", il Tribunale Civile di Roma ha al contrario accolto il ragionamento della ricorrente, basato sul superamento della distinzione tra disoccupati ed inoccupati.

L'art. 19, co.7 Dlgs 150/2015 stabilisce che: (...) le norme nazionali o regionali ed i regolamenti comunali che condizionano prestazioni di carattere sociale allo stato di disoccupazione si intendono riferite alla condizione di inoccupazione.

Il giudice stabilisce che:

(...) Ciò che rileva, pertanto, è lo stato di non occupazione, non rilevando più invece le circostanze che l'interessato abbia in precedenza svolto attività lavorativa. Al fine del godimento di prestazioni di carattere sociale non sussiste più pertanto la precedente distinzione tra disoccupato (soggetto che in precedenza svolgeva attività lavorativa) ed inoccupato (soggetto che non ha mai volto attività lavorativa), rilevando invece la sola condizione della non occupazione. D'altra parte, ciò è quanto si ricava dalla lettura della circolare del Ministero del lavoro n.5090 del 4/4/2016, la quale ribadisce che per la fruizione di prestazioni di carattere sociale rileva esclusivamente la condizione di non occupazione.

2.5 **Immigrazione e salute**

Comitato Nazionale per la Bioetica, "Immigrazione e salute", 23 giugno 2017

Nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definì la salute *uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale* e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Il focus del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, dedicato al rapporto tra immigrazione e salute, è individuato nella tutela della *salute* quale principio costituzionale, in quanto, diritto sociale, ossia bene della persona e della collettività da garantire nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte sul territorio nazionale in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o migranti economici.

Il parere del Comitato tiene conto anche delle esperienze significative, sviluppatasi in questi anni in Italia e spesso sostenute da una profusa ed articolata produzione normativa, volta a tutelare in vario modo la salute e secondo un approccio multiculturale.

http://bioetica.governo.it/media/172302/p128_2017_immigrazione-esalute_it.pdf

2.6 Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale

Funzioni statali in materia di assistenza sanitaria in ambito internazionale. Stranieri richiedenti protezione internazionale. Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale - Ministero della salute, circolare 7 marzo 2017 - (cod. A6273)

Nella fattispecie, con riferimento al decreto legislativo 142/2015 ex art. 1 (le misure sull'accoglienza si applicano dal momento della manifestazione della volontà di chiedere la protezione internazionale), al fine di ottimizzare la procedura d'iscrizione all'SSN, l'Agenzia delle Entrate, di concerto con il Ministero dell'Interno, ha attivato apposita procedura telematica per l'attribuzione del codice fiscale numerico provvisorio, contestualmente alla verbalizzazione della domanda. Tale procedura prevede il rilascio del codice fiscale provvisorio numerico da parte della questura e della polizia di frontiera, consentendo l'iscrizione al SSN. Sulla base di quanto stabilito nella medesima circolare, pertanto, il codice fiscale provvisorio verrà riportato sulla ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale sopradescritta.

2.7 Speciale MSNA

Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cr09/C7-C15 (marzo 2016).

Prodromico, per molti aspetti, al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri pubblicato alla fine del medesimo anno, il protocollo evidenzia la necessità di utilizzare una metodologia olistica multidisciplinare, a fronte dei limiti e dei rischi di errore legati a una valutazione meramente medica e attuata con metodi invasivi. I lavori che hanno preceduto l'elaborazione di questo documento hanno fatto emergere il consenso sul ricorso alla valutazione sanitaria, in particolare agli esami radiologici, come *extrema ratio* e in caso fondato di dubbio in merito all'età dichiarata, evitando un ricorso eccessivo a esami invasivi.

Il protocollo necessita di un indispensabile aggiornamento a fronte degli aspetti procedurali previsti nella normativa esistente, sia nell'ambito della sfera sanitaria che in merito a quelli necessari al fine di garantire una piena attuazione dei diritti dei minori stranieri non accompagnati e la cui età sia messa in dubbio.

http://www.minori.gov.it/sites/default/files/protocollo_identificazione_msna.pdf

IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva - 2016-2017”, Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 2016 (GU Serie Generale n.267 del 15-11-2016 - Suppl. Ordinario n. 50).

Il Piano di Azione, predisposto dall'Osservatorio nazionale e proposto al Consiglio dei Ministri dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali con delega alle politiche per la famiglia e adottato con decreto dal Presidente della Repubblica, è uno strumento d'indirizzo che risponde agli impegni assunti dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione sui diritti del fanciullo, sottoscritta a New York il 20 novembre 1989 e ai suoi Protocolli opzionali. E' uno strumento programmatico e d'indirizzo, e il suo monitoraggio, quale modalità imprescindibile per un controllo efficace dei progressi raggiunti e la verifica dell'impatto delle politiche adottate a favore dei minori, si collocano a pieno titolo tra gli adempimenti degli impegni assunti dall'Italia anche a livello sovranazionale.

I contenuti evidenziati di volta in volta nei diversi Piani di azione rimandano esplicitamente ai principi enunciati nella CRC (Convention on the Rights of Child), che costituiscono la cornice più ampia entro cui si pongono le direttive del Piano per fissare le priorità di ogni biennio.

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/11/15/267/so/50/sg/pdf>

Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 novembre 2016, n. 234 (GU Serie Generale n.298 del 22-12-2016).

Entrato in vigore a gennaio 2017, il Decreto introduce nuovi meccanismi per stabilire l'età dei minori non accompagnati e vittime di tratta, uno strumento importante sul piano delle garanzie e della promozione dei diritti. La tratta è un fenomeno complesso e che colpisce i vulnerabili tra i vulnerabili, soprattutto i minori stranieri non accompagnati, senza adulti di riferimento e spesso in transito nel nostro Paese. Sono loro, infatti, il potenziale bacino di sfruttamento da cui attinge chi sfrutta e trae vantaggio dai flussi migratori.

La determinazione dell'età è la condizione preliminare per garantire loro la necessaria tutela, non solo per quanto riguarda l'accoglienza ma anche da un punto di vista di effettiva tutela processuale, legale, linguistica e culturale. Il decreto costituisce un intervento volto a garantire norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione dei minori vittime di tratta, nel rispetto del principio dell'interesse superiore del minore. Proprio a garanzia di questo principio è auspicabile che sia preso in considerazione per tutti i minori non accompagnati, non solo per i minori non accompagnati vittime di tratta.

Così come disposto dall'art.1 co. 1: *Il presente decreto, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 4 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24, individua i meccanismi attraverso i quali, nei casi in cui sussistano ragionevoli dubbi sulla minore età della presunta vittima di tratta e l'età del minore non accompagnato non sia accertabile da documenti identificativi, si procede, nel rispetto del superiore interesse del minore, alla determinazione dell'età, se del caso mediante il coinvolgimento delle autorità diplomatiche, attraverso una procedura multidisciplinare, condotta da personale specializzato e secondo procedure appropriate, che tengano conto anche delle specificità relative all'origine etnica e culturale del minore.*

<http://www.cgil.lombardia.it/wp-content/uploads/2016/01/DPCM-10-11-2016.pdf>

Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati, L. 7 aprile 2017, n. 47 (GU n. 93 del 21-04-2017).

Nel triennio 2014-2016 sono stati oltre 55.000 i minori stranieri non accompagnati (MSNA) sbarcati sulle coste Italiane e al 31 dicembre 2016 erano oltre 17.300 quelli presenti nelle specifiche strutture di accoglienza.

Da tempo si rendeva necessaria una legge organica al fine di rafforzare gli strumenti di tutela garantiti dall'ordinamento in favore dei minori stranieri. La Legge del 7 aprile 2017, n. 47 *Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati*, di fatto completa un percorso avviato da tempo in Italia.

Di fatto, la suddetta norma è il primo provvedimento organico in Europa dedicato all'accoglienza e alla protezione dei tanti minori (bambini e adolescenti) che giungono da soli sul territorio nazionale, fuggendo da realtà (guerra, persecuzione, povertà etc.) e in cui viene loro negato il *diritto inerente alla vita* e al futuro (art. 6 Convenzione di New York).

Nello specifico, questa nuova legge risponde alle criticità del sistema italiano di accoglienza, criticità emerse nel corso degli ultimi anni, ridefinendo alcuni importanti punti come:

- divieto assoluto di respingimento alla frontiera dei MSNA;
- ampliamento del divieto di espulsione: il provvedimento di espulsione può essere adottato solo a condizione che non comporti *un rischio di danni gravi* per il minore;
- accoglienza da garantire il più precocemente possibile in specifiche strutture con l'estensione dell'accesso ai servizi dello SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) a tutti i MSNA;
- tutela legale: è prevista l'istituzione di elenchi di tutori volontari su tutto il territorio nazionale e la promozione dell'affido familiare;
- procedura unica d'identificazione del minore: vengono introdotte maggiori garanzie procedurali, tra cui la presenza di mediatori culturali e l'armonizzazione delle pratiche di accertamento dell'età nell'ambito di un approccio olistico multidisciplinare per evitare esami medici invasivi, quanto inutili;
- sistema informativo nazionale dei MSNA, comprendente la raccolta delle *cartelle sociali* contenenti tutti gli elementi utili alla determinazione del successivo percorso del minore, anche per quanto riguarda i procedimenti amministrativi e giudiziari, nel suo superiore interesse.

Pur presentando margini di miglioramento, il suddetto provvedimento normativo rappresenta un passo importante nel percorso della tutela dei diritti dei MSNA in Italia, in un'ottica d'inclusione ed equità.

Nella fattispecie, riguardo la tutela della salute, l'Art. 14 co. 2. dispone che: *in caso di minori non accompagnati, l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale è richiesta dall'esercente, anche in via temporanea, la responsabilità genitoriale o dal responsabile della struttura di prima accoglienza.*

http://momentolegislativo.it/app/uploads/2017/04/L47_2017.pdf

3. LINEE GUIDA E RAPPORTI

3.1 *Introduzione*

Si è inteso costruire il presente dossier anche con documenti utili quali possono essere Linee guida e rapporti, anche se spesso le prime sono piuttosto riconducibili a strumenti d'indirizzo, pertanto non vincolanti, ma intesi al fine di avviare una programmazione di strumenti operativi adeguati all'assistenza di un numero crescente di richiedenti e titolari protezione internazionale. E' il caso, ad esempio, delle Linee guida relative alla presa in carico di persone che hanno subito tortura e/o violenza estrema, tenuto conto del vuoto normativo rispetto al reato di tortura, ed il cui obiettivo prioritario è la tutela del richiedente protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità, sia esso uomo, donna o minore.

In merito alle recentissime Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminile o altre pratiche dannose, sono da intendersi più propriamente come indicazioni operative, rivolte agli operatori di CPSA, CDA e CARA ma altrettanto importanti per gli operatori che si occupano della presa in carico nei progetti SPRAR.

In linea generale, dai documenti riportati in questo capitolo del dossier, si delinea una crescente vulnerabilità dei migranti in arrivo sul territorio nazionale e che sottende un radicale cambiamento anche nella tipologia di viaggio migratorio, la crescente necessità di una presa in carico transculturale ed olistica ed una conferma di una doverosa equità nell'accesso alla tutela della salute, diversamente dalla difformità di offerta di servizi da territorio a territorio. Necessità, quest'ultima, non più prorogabile a fronte di un'accoglienza sempre più diffusa e su tutto il territorio nazionale.

3.2 Linee guida

3.2.1 Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili (mgf) o altre pratiche dannose. Per operatori dei cpsa, cda e dei cara.

Con l'aumento dei flussi migratori in Italia si assiste ad un incremento di donne provenienti da Paesi ad alto rischio di pratica delle Mutilazioni Genitali femminili. Oltre a questa forma di violenza le donne in fuga da zone di conflitto e/o per motivi economici, spesso hanno subito violenza psicologica, fisica, sessuale, matrimoni precoci o pratiche discriminatorie e lesive legate all'onore sia prima del viaggio che nel transito o dopo lo sbarco in Italia. Tutte queste forme di violenza sono definite ed incluse nella Convenzione di Istanbul che richiama ogni Stato a prevenire, a proteggere e prendere in carico chi le subisce, nonché a perseguire chi le pratica. Il Governo italiano, attraverso il Dipartimento per le Pari Opportunità, da anni promuove e sostiene diverse azioni di contrasto al fenomeno delle MGF ed altre forme di violenza.

Tra le strategie messe in atto ha incaricato, attraverso un bando pubblico, le associazioni della Società Civile PARSEC, Trama di Terra, il Centro di Riferimento Regionale dell'AOS Camillo Forlanini e l'Università Bicocca di Milano, che da anni lavorano in questo ambito, ad elaborare le linee Guida per l'individuazione delle donne sottoposte a MGF o altre pratiche dannose.

L'obiettivo di questo documento consiste nel fornire delle indicazioni agli operatori dei CPSA (Centri di primo soccorso e accoglienza), CDA (centri di accoglienza) e dei CARA (centri di accoglienza per richiedenti asilo), sul modo in cui ci si debba comportare di fronte a presunte vittime di MGF, matrimoni forzati o altre pratiche dannose, e su come assicurare il loro accesso alla protezione internazionale per ragioni legate alla violenza subita.

<https://www.simmweb.it/909-pubblicato-un-documento-di-riferimento-per-il-riconoscimento-precoce-delle-vittime-di-mutilazioni-genitali-femminili-o-altre-pratiche-dannose>

3.2.2 Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale,

Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017 (GU Serie Generale n. 95 del 24-04-2017).

La pubblicazione si prefigge l'obiettivo principale di assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di titolari e richiedenti protezione internazionale e dei titolari di protezione umanitaria in condizioni di particolare vulnerabilità, attraverso percorsi atti all'individuazione, la presa in carico, la certificazione ed il trattamento di vittime di violenza e di torture, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati ed il sistema di assistenza socio-sanitaria. Il gruppo target è costituito dai rifugiati, dai richiedenti protezione e dai titolari di protezione umanitaria, in quanto non era possibile considerare solo i rifugiati, così come inizialmente previsto. Pertanto le Linee guida sono applicabili in favore di chiunque abbia sperimentato violenza intenzionale, tortura, stupro, ect., compresi i *dublinanti*, i richiedenti protezione e i *diniegati*.

Basate sulle direttive UE che andavano recepite a livello legislativo dall'Italia, in realtà, non si tratta di Linee guida ma di linee di indirizzo. Esse rappresentano, infatti, un orientamento per le varie Regioni nell'attivazione di un certo numero di servizi nel loro territorio allo scopo di prendere in carico i sintomi psichici di cui possono soffrire alcune vittime di torture e altre violenze intenzionali.

L'attuale distribuzione dei migranti sul territorio nazionale rende ancor più necessaria e attuale la pubblicazione e la diffusione delle Linee guida al fine di un'effettiva armonizzazione dei percorsi per l'individuazione, la presa in carico e il trattamento di migranti in condizioni di particolare vulnerabilità presenti sia nella prima accoglienza quanto nel sistema SPRAR.

Le Linee guida sono anche un documento orientativo per le ASL, in quanto, forniscono indicazioni rispetto a uno standard minimo che ogni ASL dovrebbe mettere in atto al fine di implementare percorsi multidisciplinari per il trattamento dei sintomi condotto, innanzitutto, al fine di stabilizzare e successivamente riabilitare.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

3.2.3 Linee Guida I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza,

INMP, ISS e SIMM /Roma Eurolit s.r.l., giugno 2017 (isbn 9788898544189)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito dell'Accordo Quadro di collaborazione tra l'Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti (INMP), l'Istituto Superiore della Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) al fine di realizzare il Programma *Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti*. La pubblicazione vuole essere uno strumento per i professionisti sociosanitari, le autorità sanitarie e tutti gli attori che, a vario titolo, partecipano al sistema di assistenza e accoglienza dei migranti richiedenti protezione internazionale.

Indicazioni chiare e univoche a partire dalle migliori evidenze disponibili nella letteratura scientifica, a sostegno di modalità assistenziali improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità.

Raccomandazioni clinico-organizzative e relative alla prima accoglienza:

- anamnesi clinica, familiare e sociale focalizzata soprattutto su tubercolosi, malaria, infezioni sessualmente trasmissibili, parassitosi, anemia, diabete;
- visite mediche mirate e complete, alla ricerca di segni di traumi o esiti da tortura;
- utilizzo di personale sanitario, formato all'approccio transculturale, e impiego di mediatori con specifiche conoscenze sanitarie;
- uso di strumenti informativi per la disponibilità di dati sanitari nel rispetto della privacy lungo tutto il percorso di accoglienza.

L'obiettivo del documento: controlli sanitari più uniformi, appropriati ed *evidence based* per migranti e richiedenti asilo, al momento dell'arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza.

Un primo, importante documento tecnico-scientifico, pensato e sviluppato come strumento operativo per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari che concretamente s'impegnano nell'accoglienza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale, ambito nel quale è stata osservata una marcata variabilità nella pratica dei controlli sanitari adottati a livello regionale e locale. Sono state prese in considerazione le principali **malattie infettive** e diffuse (tubercolosi, malaria, epatite B e C, HIV, parassitosi, infezioni sessualmente trasmissibili) e alcune **patologie cronico-degenerative** (diabete, anemie, ipertensione, carcinoma cervice uterina), la cui diagnosi precoce si associa a una riduzione degli esiti negativi per la salute e dei costi per il Servizio sanitario nazionale.

Sono state anche considerate alcune condizioni, come la **gravidanza**, ponendo le basi per una maggiore tutela in grado di modificare il percorso di accoglienza. Alla luce delle evidenze emerse, per ciascuna delle patologie e condizioni individuate, gli esperti del panel hanno elaborato delle raccomandazioni di taglio clinico-organizzativo, incardinandole all'interno di un percorso modulato e progressivo, dalla valutazione iniziale in fase di soccorso alla visita medica completa in prima accoglienza, fino alla "presa in carico" vera e propria nella seconda accoglienza.

Le direttrici delle linee guida sono tre:

- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

Il documento copre tutte le fasi dell'accoglienza, colmando il vuoto che si crea tra lo sbarco e il centro di accoglienza e prefiggendosi di creare coerenza d'azione tra i vari soggetti che se ne occupano.

Per quanto riguarda l'**HIV**, le Linee guida raccomandano di offrire il test a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni provenienti da paesi a elevata endemia, alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del counselling, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante infezioni sessualmente trasmissibili o infezione tubercolare.

Per le **donne in età fertile**, particolare attenzione è dedicata alla gravidanza: È necessario accertare tempestivamente nelle donne migranti l'eventuale stato di gravidanza al fine di attivare un percorso di accoglienza differenziato. Si raccomanda di valutare, nelle donne in età fertile, l'opportunità di un test di gravidanza già in occasione dei controlli medici iniziali, anche in considerazione del rischio di violenze sessuali subite durante il percorso migratorio. In caso di gravidanza, deve essere garantito alle donne immigrate quanto previsto dal Servizio sanitario nazionale per tutte le donne nella medesima condizione, favorendo la presa in carico delle gestanti da parte di personale sanitario e di mediatori linguistico-culturali di sesso femminile.

Sul fronte **vaccini**, si specifica che: nell'ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai bambini (0-14 anni) che non sono mai stati vaccinati, o che presentano documentazione incerta, le vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età.

All'elaborazione delle raccomandazioni ha lavorato un panel multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate e di istituzioni sanitarie nazionali e internazionali. È stata seguita una metodologia rigorosamente *evidence-based*, che ha previsto una ricognizione sistematica della letteratura biomedica sui temi d'interesse (in totale, 1.059 documenti reperiti e valutati criticamente): le presenti linee guida nascono da una collaborazione che l'Inmp, in qualità di istituzione tecnico-scientifica di rilievo nazionale, impegnata nel campo della salute dei migranti e delle fasce più fragili della popolazione, ha avviato con l'Istituto Superiore di Sanità e con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Tale collaborazione garantisce, da un lato, scientificità ed elevato rigore metodologico, in virtù dell'expertise maturata dall'Iss nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida, e dall'altro, un dialogo costante con i territori, attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute della SIMM, che intercettano le esigenze e le criticità presenti a livello locale.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf

3.2.4 Linee guida per le Asl e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza – “ Percorso per le donne che subiscono violenza”,

Presidenza del Consiglio dei Ministri- 21.11.2017.

Dopo il vaglio della Conferenza Stato-Regioni, è stato licenziato il documento quadro con le linee guida del percorso di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza. Dal *triage* in pronto soccorso all'affido post-dimissioni al centro anti violenza di zona, il testo destinato ad Asl e ospedali dovrebbe assicurare interventi puntuali, non solo a livello sanitario. Oltre al trattamento diagnostico-terapeutico, ci sono indicazioni precise sulla rilevazione del rischio di re-vittimizzazione, di sostegno alle famiglie e il dettaglio sulle procedure messe a punto dai genetisti forensi per la corretta refertazione delle prove che potrebbero essere usate in tribunale.

Il personale sanitario dovrà essere preparato attraverso adeguati percorsi formativi al fine di poter prendere in carico donne italiane e straniere.

3.2.5 Linee guida sulla prevenzione delle malattie infettive tra i migranti appena giunti in Europa

Trattasi di raccomandazioni a cura degli *European Centers for Disease Control (ECDC)*, basate sulle migliori evidenze scientifiche sulla pratica dei controlli e rispetto alla quale esiste tutt'oggi elevata incertezza e discrezionalità.

Le linee guida sarebbero dovute giungere a pubblicazione entro il 2017.

http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispatchForm.aspx?ID=400&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2Fhealthtopics%2Fmigrant%2Dhealth%2FPages%2Fmigrant%2Dhealth%2Easpx

3.3 *Rapporti/relazioni*

Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente,
18 novembre 2017.

Il documento è a cura della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema di accoglienza, d'identificazione ed espulsione nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate, istituita ai sensi della Delibera del 17 novembre 2014 e in base alla quale viene attribuito – tra gli altri – il compito di verificare *le misure adottate in tema di profilassi e assistenza sanitaria, a tutela della salute dei migranti e della popolazione residente*.

Unitamente allo scopo istituzionale, in questa relazione emerge il carattere divulgativo ai fini di un indispensabile sforzo comunicativo atto a dissipare paure e false percezioni sulle conseguenze del fenomeno migratorio in atto e strutturato da tempo. Dai dati epidemiologici, infatti, si rileva che, al momento del loro arrivo, i migranti presentano buone condizioni generali di salute e, di norma, migliori di quelle della popolazione dei Paesi di arrivo. Da ciò, appare del tutto ingiustificato il timore di diffusione incontrollata di malattie infettive, anche perché non supportata da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o sorveglianze sanitarie, né a livello nazionale né a livello mondiale. In realtà, laddove esposta alle insidie della marginalità, è la stessa popolazione migrante a essere destinata a un sensibile peggioramento delle proprie condizioni di salute (effetto *migrante esausto*), conseguente al depauperamento, più o meno rapido, del proprio patrimonio di salute in dotazione al migrante, quale che sia al momento dell'arrivo, a seguito della continua esposizione a fattori di rischio dovuta a condizioni di povertà.

Le evidenze epidemiologiche concorrono a delineare il profilo di una popolazione del tutto estranea agli "esotismi sanitari". Tuttavia, spesso il gestore pubblico persiste spesso nell'indirizzare ad una bonifica del migrante da ipotetiche patologie esotiche e pericolose anziché ad una sua protezione preventiva rispetto a patologie dovute al degrado sociale. Tale fenomeno è particolarmente rilevabile nell'infezione da HIV: il 63% delle infezioni riscontrate nella popolazione migrante sono avvenute dopo l'arrivo nel paese di destinazione.

La relazione della Commissione conferma una marcata eterogeneità e difformità applicativa delle norme nazionali a livello locale.

In merito alla tutela della salute mentale delle popolazioni migranti, la relazione della Commissione sottolinea la necessità di un cambio di paradigma al fine di operare per prevenire lo sviluppo del disagio, intervenendo preventivamente sulle vulnerabilità al fine di ridurre il rischio che si trasformino in malattia.

Sottolinea, inoltre, la necessità di un lavoro di rete che renderebbe possibile migliorare l'efficacia, l'efficienza e la riproducibilità degli interventi, contrariamente al gap informativo riscontrato.

Rapporto “L’Italia per l’equità nella salute”, Ministero della Salute (dicembre 2017).

Si tratta di un documento tecnico richiesto dal Ministero della Salute agli Enti vigilati dal medesimo: Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e l’Istituto Superiore della Sanità (ISS).

Il Ministero della Salute avrebbe proposto una serie d’iniziative che dovrebbero essere fatte proprio dalle Regioni e con proposte concrete per eliminare le liste d’attesa, ad esempio, perché tema di disuguaglianza sociale in alcuni territori: questioni legate a buone prassi, a temi di organizzazione del lavoro, del modo di fare le prenotazioni e al monitoraggio in aree disagiate.

Dal rapporto si evincerebbe che, nonostante l’eccellenza nel livello di strutture, la straordinarietà nell’innovazione e l’ultraspecializzazione nelle performance di medici e ricercatori, in realtà, l’eccellenza sia per pochi. Aumentano i poveri e aumenta il divario tra chi può curarsi e chi non può. Nonostante gli sforzi, non si riesce, di fatto, a garantire l’equità. Cinque milioni di persone hanno smesso di curarsi. Di fatto, non ci si cura perché non si può pagare. Il rapporto sottolineerebbe che l’istruzione fa la differenza: i laureati hanno almeno tre anni di vita da vivere in più e, quindi, garantire l’istruzione sarebbe il fattore decisivo per migliorare la democrazia del Paese, a partire dal diritto alla salute.

Il confronto tra le statistiche dei diversi Paesi Ue indica che la percentuale di italiani che rinunciano alle cure (7,8%) è sostanzialmente in linea con la media europea, Svezia (9,2%), Francia (6,3%), Danimarca (6,9%) e Germania (6,4%).

Tra gli immigrati e i senzatetto, sono sempre di più i disoccupati e i pensionati italiani che chiedono aiuto agli sportelli dell’INMP.

Se prima erano pochi emarginati a chiedere aiuto, dal 2007 a oggi gli italiani che fanno ricorso all’ambulatorio INMP è passato dal 6% al 43%.

Il rapporto illumina le zone d’ombra di una sanità italiana che appare a tratti disfunzionale e strabica.

4. BUONE PRASSI

4.1 *Regione Umbria – Piano sanitario regionale 2018 - 2020*

Nella Regione Umbria è stata istituita una struttura organizzativa al fine di contribuire alla redazione del nuovo Piano sanitario regionale 2018-2020, composta da quindici tavoli tematici, un comitato istituzionale, un comitato scientifico di rilievo nazionale, un comitato di redazione e uno di coordinamento. E' stata istituita una specifica mail (pianosanitario@regione.umbria.it) alla quale è possibile inviare proposte e contributi da discutere. La struttura organizzativa si era prefissata di definire e licenziare il documento entro il 2017 per essere pienamente operativo all'inizio del 2018.

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-0509/umbria-criteri-prossimo-piano-sanitari-133103.php?uuid=AEeUF1IB&cmpid=nlqf&refresh_ce=1

4.2 *Regione Marche – manuale per la realizzazione di interventi di accoglienza e integrazione*

Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza (luglio 2017).

Il presente documento è stato redatto da un Gruppo di lavoro di professionisti del Servizio Sanitario della Regione Marche, coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute dell'Agenda Regionale Sanitaria Marche.

Il Manuale scaturisce dal protocollo d'intesa tra la Regione Marche, le Prefetture e l'ANCI ai fini della realizzazione d'interventi di accoglienza e d'integrazione, atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini stranieri provenienti da paesi terzi, alla luce dell'intesa raggiunta nel 2014 tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali ed il Piano Operativo Nazionale da essa scaturito e tramite il quale mettere in campo interventi di tipo strutturale, in un contesto di leale collaborazione fra i diversi livelli istituzionali (Prefetture, Regioni, Comuni).

Trattasi di una operatività articolata da attuarsi dal momento dello sbarco, con le attività di primissimo soccorso e poi in strutture di accoglienza per la prima assistenza ed il completamento delle procedure di identificazione funzionali al successivo trasferimento nella rete della seconda accoglienza (SPRAR). L'Intesa costituisce un importante cambio di passo nell'approccio all'accoglienza dei profughi, la cui attuazione necessita di un costante impegno istituzionale.

Ed è proprio in questa ottica che nella regione Marche è stato stipulato il *Protocollo di Intesa tra la Regione Marche, le Prefetture, l'ANCI per la realizzazione di interventi di accoglienza e di integrazione atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini stranieri provenienti dai paesi terzi* (DGR Marche n. 857 del 12/10/2015). Il medesimo Protocollo insiste sulla necessità di implementare "iniziative integrate" che presuppongono rapporti di fattiva collaborazione tra tutti gli attori che, a vario titolo, si occupano di gestire l'accoglienza e l'integrazione dei migranti.

4.3 SPRAR Lodi – servizio di psicologia a supporto dei progetti SPRAR e dei CAS

Questa buona prassi del territorio di Lodi e provincia riguarda un servizio di psicologia di 2° livello a supporto anche dei richiedenti/titolari di protezione internazionale in accoglienza nei progetti SPRAR

che insistono sul quel territorio e anche per coloro che sono accolti nei centri di accoglienza straordinaria (CAS).

Il servizio di prevenzione, mediazione e sostegno psicologico vede fattivamente coinvolto l'Ente locale presso il quale è stato attivato

lo sportello, gestito dall'ente attuatore del progetto SPRAR, sulla base di una reale co-progettazione che vede fattivamente coinvolto

il terzo settore e gli altri attori istituzionali, in totale sinergia.

Lo sportello è ubicato in prossimità dello sportello ufficio stranieri dell'Ente locale e svolge anche consulenza agli operatori,

sia SPRAR che CAS. La sede è a titolo gratuito.

Promotrici di questo sportello, attivato nel 2013, sono le psicologhe dell'equipe del progetto SPRAR che

hanno coinvolto la Fondazione comunitaria della Provincia di Lodi (fondi privati utilizzati per progetti socialmente utili sul territorio).

4.4 SPRAR Rimini – prima presa in carico MSNA

L'ASL di Rimini e il Comune hanno sottoscritto un protocollo/procedura operativa in merito alla prima presa in carico dei MSNA sul territorio. A Rimini l'ASL ha la delega alla gestione dei servizi sociali per i MSNA.

Nonostante ciò, i tempi di nomina del tutore incidono tutt'ora su tutti i passaggi a valle di questo protocollo.

L'Azienda USL della Romagna sede di Rimini attraverso i servizi preposti provvede a effettuare il primo screening sanitario del MSNA nel più breve tempo possibile dal suo rinvenimento sul territorio. Nello specifico, l'Assistente Sociale contatta il Dirigente Medico del Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità il quale si attiva con l'alternanza di una duplice modalità:

- inviando il minore presso l'Ambulatorio Extra-Cee, oppure, in tutti gli altri casi, contattando il medico di continuità assistenziale che fa parte del pool di medici attivabili per il primo screening sanitario dei migranti, il quale prevede una prima visita medica, la profilassi anti-scabbia, ecc. Sarà, poi, cura del medico in questione determinare l'eventuale necessità di approfondimenti ulteriori sulla persona del minore dopo la sopra descritta preliminare visita;
- accertando l'età anagrafica del minore, al fine di dare esecuzione al disposto normativo di cui all'art. 5 della legge n. 47 del 7 aprile 2017 “Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati”, per il tramite del Direttore dell'U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna ed Età Evolutiva. Nei casi in cui ciò si renderà necessario sulla base della vigente normativa, si provvederà a raccordare le azioni di tutte le Unità Operative coinvolte, attraverso un approccio multidisciplinare posto in essere da professionisti adeguatamente formati.

Box GrIS Lazio, testimonianze di un impegno sul territorio

In Rete per la salute degli immigrati – Note a margine di un’inaspettata esperienza (a cura di Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo)

<https://sites.google.com/a/zrik.host/sudarshanason/in-rete-per-la-salute-degli-immigrati-note-a-margine-di-un-inaspettata-esperienza-8865981237>

La pubblicazione, realizzata nell’ambito dell’attività svolta dal Gruppo Immigrazione e Salute – Rete GrIS Lazio, con la partecipazione di Aziende ospedaliere, delle Aziende USL Roma A, Roma H e di Frosinone e Viterbo e con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), narra le esperienze di impegno e le esperienze di una Rete per la tutela sanitaria dei migranti e la costruzione di un doppio livello partecipativo.