



Prot. /ARS

Ancona, 5.12.14

## **Verbale incontro Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari", 25 novembre 2014**

### **Oggetto dell'incontro:**

1. Monitoraggio offerta dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione immigrata attraverso indicatori
2. Salute e assistenza sanitaria ai profughi
3. "Piano operativo nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari" e sua operatività nelle Regioni e P.A.
4. Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Punto della situazione e sua sperimentazione nelle Regioni e P.A.
5. Varie ed eventuali

### Regioni e P.A. Presenti:

Basilicata, Bolzano, Calabria, Campania, Friuli V. Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia, Valle d'Aosta (VC)

### Ministero della Salute

Carla Ceccolini (Uff. VI, DG Programmazione)  
Antonio Nuzzo

Società Italiana Medicina delle Migrazioni: Salvatore Geraci

INMP: Antonio Fortino e Alessio Petrelli

UNHCR: Andrea De Bonis

Federazione Italiana Medici Pediatri: Maria Rosaria Sisto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità  
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

*Coordinamento: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute – Regione Marche*

Via G. da Fabriano n.3 - 60125 Ancona Italia

Tel.: +39 071 806 4103 Fax: +39 071 806 4105

[diseguaglianze@regione.marche.it](mailto:diseguaglianze@regione.marche.it)

<http://ods.ars.marche.it>

Esperto: Raffaele Viridis, Pediatra auxologo, Professore Ass. Università di Parma Clinica Pediatrica, in rappresentanza anche della referente GLNBI, dott.sa Rosalia Da Rioli

Le Regioni Abruzzo e Veneto hanno comunicato la loro impossibilità a partecipare

La dott.ssa Maria Assunta Rosa (Direzione Generale per le Politiche dell'immigrazione e dell'asilo - Ministero dell'Interno) ha comunicato l'impossibilità a partecipare

La dott.ssa Serena Battilomo ha comunicato l'impossibilità a partecipare per sopraggiunti impegni di lavoro

### **Punto 1. – Monitoraggio offerta dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione immigrata attraverso indicatori**

L'incontro è stato aperto dalla coordinatrice del Tavolo, dottorssa Carletti che dopo aver ringraziato i presenti per la partecipazione, ha presentato i punti all'o.d.g. In particolare per quanto riguarda il punto 1. ha ricordato che negli incontri avvenuti nelle date 24 settembre e 17 dicembre 2012, 28 febbraio 2013<sup>1</sup> è stato convenuto di valutare l'offerta dei livelli essenziali di assistenza anche per la popolazione immigrata analogamente a quanto avviene per altri gruppi vulnerabili, (quali anziani, disabili, persone con disagio psichico, malati terminali), dal momento che si tratta di una parte ormai stabile e rilevante della popolazione residente in Italia (circa l'8%) e che presenta persistenti svantaggi nella salute, difficoltà nell'accesso ai servizi e nelle fruizione delle cure. L'esito delle analisi sistematicamente effettuate fin dal 2005 da vari osservatori a livello nazionale e regionale<sup>2</sup> oltre a suggerire da tempo la necessità di specifici interventi da parte del SSN e dei SSR, ha fatto emergere la necessità di effettuare un monitoraggio dell'adeguatezza dell'offerta.

---

<sup>1</sup> I verbali condivisi sono pubblicati in: <http://ods.ars.marche.it>

<sup>2</sup> Si vedano: La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi (2009)  
[http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_metodologia.pdf.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf)

La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali (2013)

<http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm>

Rapporti Osservasalute (anni 2005 – 2013)

<http://www.osservasalute.it/>

Istat, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari (2014)

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità  
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

2

*Coordinamento: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute – Regione Marche*

Via G. da Fabriano n.3 - 60125 Ancona Italia

Tel.: +39 071 806 4103 Fax: +39 071 806 4105

[diseguaglianze@regione.marche.it](mailto:diseguaglianze@regione.marche.it)

<http://ods.ars.marche.it>

Tale ipotesi, sottoposta da tempo al Ministero della Salute è in linea con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale che si prefigge il *“superamento delle diseguaglianze sanitarie, sociali e territoriali e l'adozione di strumenti valutativi che colgano le disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, eliminando gli effetti delle differenze esistenti nella struttura demografica, sociale ed economica della popolazione”*<sup>3</sup>.

La dottorssa Ceccolini (Uff. VI<sup>4</sup> della DG Programmazione del Ministero della Salute) ritiene doveroso individuare degli indicatori specifici per il monitoraggio dell'offerta dei livelli essenziali di assistenza; occorre valutarne in sede tecnica la fattibilità e l'iter temporale. Ad oggi è stato definito il questionario LEA per l'anno 2014 e si sta lavorando per la predisposizione del questionario per l'anno 2015.

Il dottor Nuzzo fa presente che, tra gli adempimenti, la Griglia LEA che contiene un set di 31 indicatori, con un peso specifico, riferiti ai tre livelli di assistenza (prevenzione, ospedale, distrettuale); attraverso questi indicatori è possibile conoscere e cogliere nell'insieme il livello di erogazione dei livelli di assistenza per quanto riguarda l'offerta, l'appropriatezza e l'efficacia. Ogni anno il set di indicatori e le “soglie” vengono revisionate per adattarsi meglio agli indirizzi della programmazione.

Se la verifica va a buon fine, le Regioni coinvolte possono accedere alla quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento (della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie).

Attualmente è stata definita la griglia LEA per il 2014 ed è in fase di conclusione la definizione di quella del 2015. Si stanno discutendo alcuni nuovi indicatori che vengono prima sperimentati (hanno solo un valore informativo), cioè se ne valuta l'efficacia nel 2015 per essere eventualmente inseriti nella griglia LEA per il 2016. I nuovi indicatori riguardanti l'offerta LEA agli immigrati potrebbero avere questo iter.

La dottorssa Carletti presenta velocemente gli indicatori ipotizzati negli incontri precedenti (si veda allegato 1): per la prevenzione riguardano la copertura vaccinale (vaccinazioni obbligatorie?), per l'ospedaliera la proporzione di gravidanze italiani/immigrate che esitano in IVG, per la

---

<sup>3</sup>[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea)

<sup>4</sup> ...“raccordo con organismi o altre amministrazioni centrali per l'attuazione del federalismo; monitoraggio dell'attuazione del federalismo in materia sanitaria attraverso indicatori”

distrettuale le proporzioni di donne italiane/immigrate che effettuano la prima visita in gravidanza dopo la 12° settimana. La fattibilità degli indicatori è legata alla qualità dei flussi informativi disponibili a livello centrale e regionale e alla *rintracciabilità* in essi dell'immigrato.

Il dottor Fortino ricorda la pionieristica analisi statistica effettuata nel 2001 utilizzando le SDO<sup>5</sup> per il livello nazionale relativamente ai ricoveri ospedalieri degli stranieri. Da allora sono stati fatti molti passi in avanti e oggi l'INMP ha il mandato di costituire un Osservatorio epidemiologico sul tema, in fase di avvio, per cui si sta valutando il patrimonio di conoscenze esistenti che costituirà la base per l'approfondimento sullo stato di salute degli immigrati. Rileva la necessità di estendere le analisi a tutte le problematiche quali ad esempio quella delle malattie psichiatriche, considerare le varie "etnie" ecc. L'INMP sta costruendo un luogo di conoscenza, con modalità di azione collaborative e inoltre intende finanziare linee di ricerca specifiche e si propone di fornire al Tavolo "Immigrati e servizi sanitari" i risultati. Sottolinea che sugli indicatori da utilizzare per la griglia LEA occorre fare delle riflessioni; si chiede ad esempio se la valutazione della copertura vaccinale sia utile o meno.

Tra gli adempimenti suggerisce l'inserimento dell'Accordo CSR 255/2012.

A tale proposito la dottoressa Carletti ricorda che più di un anno fa il Tavolo fece la proposta al DG della Programmazione del Ministero della Salute ma il coordinamento della Commissione Salute ritenne che fosse prematuro e quindi non se ne fece nulla.

La dottoressa Sisto rileva che ad oggi l'anagrafe vaccinale non rileva la cittadinanza che viceversa è una informazione molto importante per cui suggerisce di sottoporre la questione alla FIMP. Fa presente che nel mese di settembre us è stato divulgato il "nuovo Calendario Vaccinale per la Vita". Il documento, nato dalla collaborazione tra la Società Italiana di Pediatria, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) aggiorna le raccomandazioni del 2012 alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e delle sempre crescenti disponibilità di vaccini diretti contro malattie di notevole importanza per la salute dei bambini e degli adulti, prima tra tutte la meningite da meningococco B. Risulta quindi importante vedere se vi sono scostamenti tra la popolazione italiana e quella immigrata. L'indicatore della copertura vaccinale risulta inoltre molto importante in quanto i bambini immigrati sono bambini che viaggiano

---

<sup>5</sup> Rapporto nazionale su ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – Dati SDO 1998  
<http://www.stranieriinitalia.com/news/ricoveristranieri.pdf>

dall'Italia al Paese di origine e viceversa, attraversando perciò paesi ad alta endemia di varie malattie quali la TB, la polio, l'epatite A e B.

La dottorssa Napoli fa presente che è necessaria una "sensibilizzazione" per la raccolta della variabile cittadinanza nei flussi informativi.

Il dottor De Bonis si chiede se nel caso dovesse cambiare la normativa per l'assegnazione della cittadinanza ai minori nati in Italia, come può essere rintracciato il bambino immigrato.

La dottorssa Torasso fa presente che nel flusso CeDAP la cittadinanza viene rilevata, tuttavia non è nota la qualità del dato, in quanto non è una informazione obbligatoria.

La dottorssa Carletti fa presente che la "rintracciabilità" dell'immigrato nei flussi informativi correnti è stata oggetto a livello nazionale (e lo è tuttora anche a livello internazionale) di un lungo ed approfondito dibattito condotto con esperti; inoltre indubbiamente i flussi correnti hanno dei limiti legati a numerosi fattori che comportano scelte precise operative se si vuole mettere tutti i SSR in condizione di produrre informazioni relative alla popolazione immigrata<sup>6</sup>. Ad oggi esiste un

---

<sup>6</sup> Si legga: **La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi:**

"I principali limiti dei flussi informativi sanitari risiedono nel fatto che essi nascono con finalità economico-gestionali volte soprattutto a registrare le attività sanitarie da remunerare e a distinguere i produttori dagli acquirenti di prestazioni sanitarie per cui alcune informazioni presenti nei tracciati-record, non rilevanti ai fini della remunerazione, ma utili per la descrizione della popolazione in studio, sono di qualità scadente. Per di più nel caso specifico della popolazione immigrata si riscontrano maggiori difficoltà ad estrarre le informazioni perché, essendo il fenomeno migratorio quantitativamente poco rilevante fino a pochi anni fa, ad oggi i sistemi informativi non hanno sistematicamente tenuto conto dell'importanza della rintracciabilità dell'utente non italiano. Lo sviluppo dei flussi sanitari correnti e lo sviluppo dei sistemi elettronici che permettono di effettuare linkage a livello individuale costituiscono un'importante opportunità per la ricerca epidemiologica e la sorveglianza dello stato di salute delle popolazioni. Per quanto riguarda la popolazione immigrata tali attività presentano evidenti peculiari difficoltà, ma è un lavoro che appare importante dato il rilievo del fenomeno migratorio.

Riflessioni più generali riguardano:

- un aspetto tecnico quale l'inadeguatezza dei flussi informativi nel misurare le condizioni di deprivazione (livello di istruzione, reddito, condizione lavorativa) in modo da poter leggere le diseguaglianze nella salute, una problematica aperta e a tutt'oggi in studio sia a livello nazionale che internazionale;

- un aspetto molto più ampio quale quello delle politiche di welfare, poiché la "visibilità" degli immigrati è proporzionale ai percorsi di inclusione sociale a tutti i livelli e la irrilevanza fino ad ora nei fatti attribuita alla lettura dei loro problemi di salute denuncia una insufficiente, o discontinua, attenzione alla loro integrazione nei percorsi di salute e non solo.

Esiste infine una "questione regionale" ovvero la diversa qualità che i flussi hanno nelle varie Regioni per cui un flusso teoricamente utile ai fini del lavoro in oggetto può non essere utilizzabile in una Regione in quanto la qualità è scadente.

... Il lavoro è da considerarsi *in progress* tenendo presente che gli stessi flussi informativi con l'utilizzo tenderanno ad affinarsi e ad essere sempre più affidabili; ciò porterà ad un miglioramento

5

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità  
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

*Coordinamento: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute – Regione Marche*

Via G. da Fabriano n.3 - 60125 Ancona Italia

Tel.: +39 071 806 4103 Fax: +39 071 806 4105

[diseguaglianze@regione.marche.it](mailto:diseguaglianze@regione.marche.it)

<http://ods.ars.marche.it>

set di indicatori ampiamente sperimentati a livello nazionale e nelle Regioni, naturalmente da non considerarsi come l'unica opzione possibile che essendo applicabili fin da oggi in tutte le Regioni oltre che a livello nazionale, rappresentando un punto di partenza per la descrizione del fenomeno e per l'indispensabile confronto con le altre realtà.

Il dottor Geraci fa presente che ancora oggi viene messa in discussione (e diverse segnalazioni lo confermano) l'esigibilità da parte non solo degli stranieri senza permesso di soggiorno (STP) ma anche di quelli regolarmente residenti nei Livelli Essenziali di Assistenza, così come indicato nelle norme primarie dello Stato. L'inserimento tra gli adempimenti di alcune valutazioni relative all'offerta dei LEA agli immigrati ha una valenza importante nel confermare la politica sanitaria inclusiva scelta dall'Italia nei confronti di tutti i cittadini. In questa fase storica non è pensabile che il sistema di garanzia del Servizio Sanitario Nazionale escluda una parte della popolazione. Gli studi certamente dovranno proseguire; tuttavia il tema non può rimanere solo nell'ambito scientifico ma deve stare dentro il sistema istituzionale.

In conclusione si condivide di formulare alla DG della Programmazione Sanitaria una proposta affinché i flussi informativi correnti siano affinati, comprendendo sistematicamente la rilevazione della variabile "cittadinanza" e affinché venga valutata in sede tecnica dagli Uffici competenti del Ministero l'inserimento della valutazione dell'offerta dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione immigrata attraverso alcuni indicatori.

## **Punto 2. – Salute e assistenza sanitaria ai profughi**

Questo punto viene introdotto dal dr. Geraci che ha gentilmente predisposto una serie di informazioni specifiche al fine di inquadrare **l'entità e le caratteristiche del fenomeno "profughi"** ad oggi, data la scarsa diffusione dei dati e la tendenza diffusa ad affrontare la tematica in maniera più "ideologica" che operativa.

### **I dati sono così riassumibili<sup>7</sup>:**

i profughi provenienti con gli sbarchi sono stati circa 60.500 nel 2011 (Ribellioni arabe Magreb), circa 13.200 nel 2012, circa 43.000 nel 2013 (conflitti siriano, kurdo ...), circa 154.000 nel 2014 (al 31.10.14) a seguito di 978 sbarchi (non tutti gestiti dall'operazione Mare Nostrum).

---

nell'identificazione della popolazione immigrata e si potranno costruire nuovi indicatori, più adeguati a descrivere la realtà"

<sup>7</sup> Si leggano: Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2014

[http://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/5396/Sintesi\\_Rapporto\\_protezione\\_internazionale.pdf](http://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/5396/Sintesi_Rapporto_protezione_internazionale.pdf)

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità  
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

*Coordinamento: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute – Regione Marche*  
Via G. da Fabriano n.3 - 60125 Ancona Italia  
Tel.: +39 071 806 4103 Fax: +39 071 806 4105  
[diseguaglianze@regione.marche.it](mailto:diseguaglianze@regione.marche.it)  
<http://ods.ars.marche.it>

L'85% giungono in Sicilia, seguita da Puglia e Calabria.

I principali paesi di provenienza (62 in totale) oggi sono Siria (23,6%), Eritrea (22,0%), Sub-Sahara (13,3%), seguono Mali, Nigeria, Gambia, Palestina, Somalia.

Circa uno su 5 è minore; i minori sono in aumento e poco più della metà sono non accompagnati (eritrei, egiziani e somali); le donne sono circa il 10%.

Ad oggi in Italia vi sono 78.000 persone che hanno il riconoscimento dello status di rifugiato (1,3 ogni mille abitanti contro i 10 della Svezia, i 3 della Francia, i due dell'Inghilterra).

Non tutti i migranti forzati fanno richiesta di protezione internazionale e sono ospitati nei centri di accoglienza

Al 31 ottobre 2014 il Ministero dell'Interno calcola che nei centri di accoglienza in Italia (di tutti i tipi) sono presenti 61.238 persone, di cui il 46% in tre regioni: Sicilia, Lazio e Puglia. Il restante 54% è distribuito nelle altre 19 regioni e P.A.

Al 31 ottobre 2014 i Minori Stranieri non Accompagnati presenti nelle strutture sono 9.859 (mentre ben 3.475 di quelli intercettati si sono resi irreperibili), di cui il 76% sono in Sicilia, Puglia, Lombardia, Calabria, Lazio. Provengono in particolare da Eritrea, Egitto, Albania, Somalia e Gambia.

Per quanto riguarda le condizioni di salute degli sbarcati, questi soffrono soprattutto di problemi legati alle condizioni di viaggio, considerato anche che per tanti il viaggio è durato molti mesi quando non anni (campi in Libia ecc), di disturbi psicopatologici reattivi agli eventi traumatici subiti prima della fuga (vittime/testimoni di tortura, eventi bellici ecc) o durante la traversata nei barconi che configurano a volte il PTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress). Molte donne sono vittime di stupri spesso ripetuti (subiti durante le detenzioni in Libia o durante il viaggio). Va anche ricordato che a seconda dei paesi di provenienza le donne possono aver subito mutilazioni genitali femminili e soffrire delle conseguenti patologie che possono aggravarsi durante il viaggio. Di fronte a queste problematiche i Servizi sanitari devono attrezzarsi per essere in grado di "prendersi cura" dei profughi e prevenire lo sviluppo di patologie a tutela della salute dei singoli e della collettività. Il dottor De Bonis ed altri fanno presente che i richiedenti protezione internazionale per i primi sei mesi hanno un permesso di soggiorno per "richiedente di asilo" con iscrizione al SSN ed esenzione dal ticket; nel caso, frequente<sup>8</sup>, in cui debbano attendere più di sei mesi affinché la domanda venga esaminata dalla Commissione territoriale, il permesso di soggiorno per

---

<sup>8</sup> E' auspicabile che ciò accada con minore frequenza dal momento che di recente le Commissioni Territoriali sono aumentate

“richiedente asilo” viene rinnovato per ulteriori sei mesi con possibilità di lavorare; pertanto viene meno l'esenzione dal ticket.

La dottoressa Lorenzini fa presente che sarebbe necessario che venisse assegnato dal Ministero della Salute, un codice NAZIONALE di esenzione, in quanto ogni Regione assegna un codice differente, con notevole confusione e difficoltà nella erogazione delle prestazioni dal momento che i richiedenti protezione e i rifugiati hanno una grande mobilità nel territorio nazionale.

Il dottor Geraci concorda con tale necessità ed inoltre suggerisce che l'esenzione dovrebbe durare fintanto che il soggetto non trova una occupazione (lavoro, borsa lavoro...) e che questo dovrebbe essere stabilito chiaramente da una norma primaria dello Stato, in quanto una adeguata accoglienza e protezione si realizza anche attraverso l'iscrizione obbligatoria al SSN e l'abbattimento di eventuali barriere economiche (ticket) nei confronti di persone che non hanno reddito. A livello nazionale dovrebbe essere stabilito anche un codice di esenzione per i minori non accompagnati (richiedenti protezione e non: tutti devono essere iscritti al SSN) in quanto oggi ogni amministrazione si comporta in modo diverso.

Queste ed altre questioni amministrative non ancora risolte saranno nuovamente sottoposte alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

### **Punto 3. "Piano operativo nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari"<sup>9</sup> e sua operatività nelle Regioni e P.A.**

La dottoressa Carletti porta i saluti della Dottoressa Maria Assunta Rosa dell'Ufficio Politiche dell'Immigrazione e dell'asilo sul territorio del Ministero dell'Interno - che non è potuta essere presente - invitata per illustrare quanto previsto dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali sul "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati" (Repertorio atti n. 77/CV) del 10 luglio 2014.

Il suddetto Piano prevede l'istituzione di **Tavoli regionali**<sup>10</sup> coordinati dalla Prefettura della città capoluogo di Provincia in cui oltre agli operatori del Ministero dell'Interno, dell'ANCI, dell'UNHCR, devono essere presenti anche gli assessori/loro rappresentanti alla Salute, Politiche Sociali, Lavoro, Formazione a seconda degli argomenti da trattare. E' dunque di fondamentale importanza,

---

<sup>9</sup> Allegato 1

<sup>10</sup> Si vedano le "Linee guida per la costituzione dei Tavoli di coordinamento regionali sui flussi migratori non programmati" emanate alla Prefetture dal Ministero dell'Interno (Circ. Prot. 0009402 del 22 ottobre 201)



sottolinea la dottoressa Carletti, che i Servizi Sanitari Regionali e loro operatori, conoscano bene il Piano nazionale, condividano con gli operatori afferenti alle Amministrazioni Centrali modalità operative di lavoro condivise, al fine di sviluppare un approccio univoco, omogeneo nel territorio nazionale e competente relativamente all'intera accoglienza e nello specifico alle questioni di salute e dell'assistenza sanitaria ai profughi.

I Tavoli regionali seguiranno le indicazioni e dialogheranno con il **Tavolo di Coordinamento nazionale** istituito presso il Ministero dell'Interno al fine di rendere tutto il sistema concertativo con ANCI, UPI, Conferenza delle Regioni.

Il dottor De Bonis, che in qualità di referente UNHCR, ha partecipato alla stesura del Piano fa presente in merito quanto segue:

il 2014 ha visto un numero molto elevato di arrivo di profughi via mare; per la prima volta non è stata dichiarato lo stato di emergenza ed è stato deciso dallo Stato di affrontare la problematica attraverso l'istituzione di un Tavolo di coordinamento nazionale che vede coinvolti vari Ministeri, le Regioni e P.A., l'ANCI, l'UPI, lo IOM, l'UNHCR. Il Piano prevede tre livelli di accoglienza:

1. Soccorso e prima assistenza
2. Centri hub di livello regionale e/o interregionale - molti CARA diventeranno degli hub - dove i migranti dovrebbero permanere al massimo per un mese (il tempo necessario per formalizzare la domanda di protezione). Il Tavolo nazionale sta realizzando la pianificazione dei centri hub ed il piano dovrebbe essere emanato a breve.
3. Accoglienza ed integrazione nel sistema SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati)

Il Piano prevede inoltre l'attivazione di strutture governative di primissima accoglienza ad alta specializzazione, che accolgano i minori stranieri non accompagnati (MSNA) nella fase del primo rintraccio, con funzioni di identificazione, di eventuale accertamento dell'età e dello status, anche al fine di accelerare l'eventuale ricongiungimento con parenti presenti anche in altri Paesi dell'UE; la pianificazione dell'accoglienza di secondo livello di tutti i minori stranieri non accompagnati nell'ambito dello SPRAR, adeguatamente potenziato e finanziato.

La dottoressa Maria Assunta Rosa ha comunicato che per il processo di identificazione ed accertamento dell'età dei MSNA si intende fare riferimento al "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" elaborato dal Tavolo "Immigrati e Servizi Sanitari"

Il dottor Affronti (Regione siciliana, vicecoordinatore del Tavolo) ha fatto presente che la Regione Siciliana ha recentemente varato il "**Piano di contingenza sanitaria per i migranti**" che individua

ruoli e responsabilità delle istituzioni sanitarie e delle principali organizzazioni coinvolte nell'accoglienza degli immigrati, con un forte raccordo tra il territorio, le strutture sanitarie ed i centri di accoglienza, definisce il modo in cui questi devono interagire, nonché gli aspetti gestionali e logistici. Vengono previste le procedure standardizzate per lo screening sanitario al momento dello sbarco, il monitoraggio delle condizioni igienico-sanitarie dei centri di accoglienza come previsto dalle indicazioni ministeriali, oltre che la divisione dei compiti tra gli operatori sanitari e i volontari. Il coordinamento compete all'assessorato regionale alla Salute.

A causa della scarsità di tempo la disamina approfondita del "Piano di contingenza sanitaria per i migranti" della regione Siciliana verrà completata in seguito<sup>11</sup>, tenendo presente che esso rappresenta un importante riferimento per tutti gli altri territori regionali e relativi SSR.

Al fine di implementare le migliori sinergie i partecipanti al tavolo "Immigrati e Servizi sanitari" concordano quanto segue:

1. ciascun membro del tavolo si farà carico di accertare che al Tavolo di coordinamento regionale istituito dalla Prefettura sia presente una rappresentante del proprio Assessorato alla Salute in modo da poter affrontare congiuntamente le eventuali problematiche relative al rilascio dei permessi di soggiorno e conseguente iscrizione al SSN, nonché gli aspetti dell'accesso ai servizi territoriali,
2. opportunità di predisporre un documento comune da sottoporre ciascuno al proprio Assessore alla Salute e attraverso questi alla propria Prefettura di riferimento riguardante l'ampia questione dell'assistenza sanitaria e salute dei richiedenti asilo (prevenzione, presa in carico sanitaria, modalità di accesso ai servizi, reti territoriali ecc)
3. favorire la trasmissione del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" alla propria Prefettura di riferimento al fine di avviare una sperimentazione nei territori di riferimento,
4. approfondire i contenuti del "Piano di contingenza sanitaria per i migranti" emanato dalla regione Siciliana per trarne utili indicazioni per gli altri SSR.

#### **Punto 4. Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati<sup>12</sup>. Punto della situazione e sua sperimentazione nelle Regioni e P.A.**

---

<sup>11</sup> Coordinatrice e vicecoordinatore se ne faranno carico

<sup>12</sup> Allegato 2

La dottoressa Carletti relaziona in merito a quanto fatto dall'ultimo incontro del 12 giugno us del Tavolo ad oggi:

- in data 21 luglio us (c/o Regione Veneto – sede Roma), previo assenso Coordinamento Commissione Salute, si è svolto un incontro tra rappresentanti del Tavolo e rappresentanti dei Ministeri Salute, Interno, Giustizia, Lavoro e Politiche sociali. L'incontro si è reso necessario per fare approfondimenti su alcuni punti del Protocollo relativamente alle fasi di identificazione di competenza dell'Autorità di Pubblica Sicurezza e alla parte delle tutele e legale rappresentanza del minore non accompagnato. Dall'incontro sono scaturite: a) alcune revisioni del documento su richiesta dei rappresentanti del Ministero dell'interno consistenti in una semplificazione del capitolo relativo alle fasi di identificazione al fine di renderla più operativa (condividendo l'opportunità di allegare una Check list per Autorità di polizia e un Vademecum per gli utenti); b) una rivisitazione, sulla base delle indicazioni dei rappresentanti del Ministero della Giustizia del capitolo relativo alla Tutela legale in considerazione di alcune criticità esistenti e della normativa specifica. In merito si è ritenuto necessario fare degli approfondimenti e verifiche di coerenza del Protocollo con la proposta di legge n. 1658 attualmente in discussione alla Camera "Modifiche del testo Unico di cui al D.lgs 25 luglio 1998, n. 286, e altre disposizioni concernenti misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" che dovrebbe andare a colmare alcune lacune attualmente esistenti nella normativa italiana in materia di tutele e legale rappresentanza<sup>13</sup>

Dalle revisioni apportate ne è scaturito il Protocollo definitivo (completo degli allegati tecnici<sup>14</sup> redatti dagli esperti e dalle Società scientifiche convocate al Tavolo) e trasmesso a tutti i partecipanti al Tavolo, alla Commissione Salute e agli Assessorati alla Salute.

- Nel mese di settembre il Protocollo è stato sottoposto all'Autorità Garante dell'infanzia che l'8 ottobre 2014 ha espresso parere favorevole sottolineando tuttavia la necessità di migliorare la parte relativa alla Tutela legale

---

<sup>13</sup> A tale proposito si dovrà anche tener conto che a breve l'Italia dovrà recepire le direttive UE n. 32/13 e n. 33/13 che in merito sono molto dettagliate

<sup>14</sup> Nella redazione degli allegati tecnici si è tenuto conto delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni contenute nei documenti UE. Si fa presente che si tratta di un Protocollo che per la prima volta contiene delle check list per guidare il lavoro degli operatori e renderlo il più possibile omogeneo. Manca la check list per le Forze di Pubblica Sicurezza in quanto non ancora inviate dal Ministero dell'Interno

- Dal momento che ai sensi dall'articolo 4 del D. Lgs. 4 marzo 2014, n. 24 entro il mese di ottobre avrebbe dovuto essere emanato un Decreto Presidenza Consiglio Ministri contenente la procedura per la valutazione dell'età (del minore non accompagnato vittima di tratta), il Protocollo è stato sottoposto dal Ministero della Salute<sup>15</sup> e successivamente dal coordinamento del Tavolo, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
- In data 27 ottobre la coordinatrice del Tavolo è stata convocata presso il Dipartimento Coordinamento Amministrativo della Presidenza del consiglio dei Ministri ad illustrare il lavoro svolto. In tale sede il lavoro è stato ampiamente apprezzato in quanto ritenuto corrispondente al mandato ricevuto affinché l'Italia possa uscire dalla **procedura di infrazione** attinente ai minori non accompagnati e anche perché si tratta di un documento per la prima volta "complessivo". In particolare è stato condiviso l'impianto del documento proprio per il suo carattere di unitarietà, nel senso che vengono descritte anche le fasi di identificazione che, se ben condotte, potrebbero rendere non necessario procedere alla valutazione "sanitaria" dell'età.

La coordinatrice del tavolo ha sottolineato che l'inquadramento complessivo è importante anche perché tutti "gli attori" coinvolti nel territorio, afferenti a differenti Amministrazioni, possano avere comportamenti e "linguaggi" comuni in modo da realizzare al meglio le sinergie, anche in un'ottica di efficienza. E' stata apprezzata inoltre la coerenza con le indicazioni UE ed il fatto che sul piano "sanitario" è stato elaborato un modello "funzionale", rispettoso delle organizzazioni dei SSR e che il Garante nazionale infanzia ha espresso parere positivo.

- Il 3 novembre si è tenuto un nuovo incontro, presenti oltre ai tecnici del Dipartimento per il Coordinamento Amministrativo della Presidenza, alcuni rappresentanti dei Ministeri coinvolti; in tale incontro molti (Interni e Giustizia soprattutto) hanno ritenuto non necessario rappresentare nel documento l'intero percorso di identificazione - di cui l'accertamento dell'età, qualora in *extrema ratio* si renda necessario - è parte integrante, ritenendo che il DPCM dovesse contenere sostanzialmente solamente la procedura sanitaria di accertamento dell'età. La coordinatrice ha fatto presente in sede di riunione e con nota trasmessa alla Commissione Salute, che In tal modo si verrebbe a modificare profondamente l'impianto a lungo e fino ad oggi ampiamente condiviso dalle Regioni, che prevede la descrizione delle attività che ciascuna amministrazione deve svolgere per propria competenza, oltre che per obbligo istituzionale, con il rischio che la problematica

---

<sup>15</sup> Dr.ssa Battilomo, DG Prevenzione del Ministero della Salute

continui ad essere gestita in modo frammentario e inappropriatamente “scaricata” sulla Sanità. Gli operatori dei SSR continuerebbero a ricevere richieste di esami da parte degli operatori della Pubblica Sicurezza, senza essere messi a conoscenza se è stato fatto tutto il necessario prima di procedere alla valutazione sanitaria. La riunione del 3 novembre si è comunque conclusa in modo interlocutorio e si è in attesa di eventuali aggiornamenti.

La dottoressa Carletti fa presente che l'Italia continua a dover pagare numerose “multe” a causa delle numerose procedure di infrazione da parte dell'UE, tra cui X che riguardano i Minori Stranieri non Accompagnati e l'accoglienza dei profughi. L'ultima procedura è stata aperta nel mese di ottobre us e riguarda il divieto di respingimento in Grecia dei profughi.

Il Prof. Viridis ed il dottor Affronti hanno fatto presente che sia in Inghilterra che in Italia vi sono molti ricorsi relativamente alla “errata” conduzione della valutazione dell'età, per cui essendo vincenti, il Servizio Sanitario è costretto a pagare i ricorrenti.

Successivamente si è fatto un giro di tavolo per illustrare quanto si sta facendo nelle singole realtà.

La dottoressa Torasso (Liguria) ha riferito di aver presentato il Protocollo agli operatori dell'ospedale Gaslini ed aver concordato con essi la sua sperimentazione nella area metropolitana di Genova. L'assessore alla Salute della Liguria ha proposto ufficialmente il protocollo al Prefetto e ai componenti del tavolo coordinato dalla Prefettura, indicando come sede operativa dell'applicazione l'istituto Gaslini che mette a disposizione uno spazio specifico ed un numero telefonico ad hoc di riferimento. Dovrà essere fatto un ulteriore passaggio per la condivisione con la Procura della Repubblica.

La dottoressa Lorenzini (Lazio) ha riferito che la Questura di Roma ha chiesto al SSR del Lazio di prevedere tempi certi per la valutazione dell'età presso i servizi sanitari; in occasione di un incontro ad hoc è stato presentato il Protocollo. Nel contempo la Direzione Salute del Lazio ha inviato il Protocollo (parte sanitaria) a tutte le Aziende Sanitarie con richiesta di individuare i servizi presso cui effettuare la valutazione olistica (socio-sanitaria) dell'età. Al momento hanno risposto 4 aziende sanitarie su 12, che hanno individuato prevalentemente i servizi territoriali (Consultori Familiari). Fa anche presente che a Roma è stato aperto un Centro di primissima accoglienza per minori non accompagnati, come previsto dal Piano nazionale.

La dottoressa Sicuro (Friuli VG) fa presente che ad oggi in Friuli è solo il radiologo a redigere il certificato con la valutazione dell'età.

Il dottor Affronti (Sicilia) riferisce che ci sarà un decreto assessorile per dare attuazione al Protocollo.

In conclusione i presenti condividono a) la necessità di presentare il Protocollo ai rispettivi tavoli regionali coordinati dalla Prefettura, b) che i SSR avviino la sperimentazione del Protocollo, condividendolo con gli operatori dei rispettivi SSR insieme ai quali si individueranno i servizi di riferimento c) che il Protocollo venga reso noto anche agli Assessorati alle Politiche Sociali

**Tra le varie ed eventuali:**

vengono condivise le mappe di monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 2012<sup>16</sup>, evidenziando come ancora non sia applicato in modo uniforme sull'intero territorio nazionale e invitando i presenti a eventualmente correggere ed integrare le mappe stesse facendo circolare eventuali provvedimenti di allineamento locale a quanto previsto dall'Accordo stesso.

Su tutti i temi affrontati il lavoro continuerà anche telematicamente.

Dottorssa Patrizia Carletti  
Coordinamento Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"



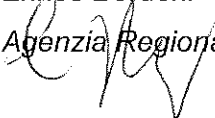
*Verbale a cura di.*

*Dottorssa Patrizia Carletti*

*Condiviso con i partecipanti in data 4 dicembre 2014*

*Visto: Dr Enrico Bordoni*

*Direttore Agenzia Regionale Sanitaria Marche*



---

<sup>16</sup> Allegato 3