

## **Il sistema di accoglienza dei migranti forzati e rifugiati: criticità e opportunità**

**14 ottobre 2020**

### **WP3.2 - Percorso di formazione / azione rivolto agli operatori della salute mentale DSM Marche**

Progetto FAMI 2219 “Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati”

*Capofila: Regione Marche / ARS / Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute*

*Partner:*

*ASUR Marche*

*Coop. Sociale On the Road,*

*Coop. Sociale Nuova Ricerca Agenzia Res,*

*Coop. Sociale Vivere Verde Onlus*

Il seminario ha inteso presentare agli operatori dei Servizi Sanitari e, in particolare dei DSM, informazioni aggiornate sul sistema di accoglienza e sui diritti dei migranti, nonché sulle condizioni / problematiche all'interno dei vari centri CAS, SIPROIMI. Si è inteso inoltre presentare le dinamiche, le figure professionali operanti all'interno dei centri di accoglienza, i bisogni extrasanitari dei beneficiari dell'accoglienza, conoscenze indispensabili al fine di realizzare un modello di psichiatria territoriale che vede coinvolti stabilmente e in collegamento con i servizi sanitari - DSM - gli operatori dei Centri di accoglienza richiedenti asilo e gli operatori di strada.

**Carletti** - il target del lavoro in corso sono le persone (adulti e minorenni) in fuga da un pericolo per la propria vita; un pericolo ben localizzato geograficamente, per cui la salvezza si ottiene proprio con il distacco da certi luoghi e l'approdo a quelli di rifugio.

E' stato ricordato che la numerosità dei profughi è molto bassa: nei paesi dell'UE, alla fine del 2019 vi erano 2,6 milioni di rifugiati, pari allo 0,6 % della popolazione dell'UE e le domande di asilo, nel corso del 2019, sono state 698.000.

La complessa disciplina dell'asilo fa riferimento fondamentalmente a due importantissime Convenzioni internazionali: la Convenzione sullo statuto dei rifugiati (Ginevra, 1951 - artt. 31, 32, 33) e la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, 1950 (art. 3) che è stata recepita nell'art. 6 del Trattato di Lisbona (Trattato sul funzionamento dell'UE), 2009.

Attraverso queste due Convenzioni il divieto di allontanamento/respingimento è combinato con il generale rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo.

Tali obblighi di diritto internazionale generale entrano nell'ordinamento italiano attraverso l'art.10 della Costituzione. La protezione umanitaria è una diretta applicazione del diritto d'asilo previsto dall'articolo 10 della Costituzione, che tutela l'effettivo esercizio delle libertà democratiche dello straniero.

Per quanto riguarda l'UE, si fa riferimento fondamentalmente agli artt. 78 e 80 del Trattato sul funzionamento dell'UE che rispettivamente recitano:

*- L'Unione sviluppa una politica comune in materia di asilo, di protezione sussidiaria e di protezione temporanea, volta a offrire uno status appropriato a qualsiasi cittadino di un paese terzo che necessita di protezione internazionale e a garantire il rispetto del principio di non respingimento.*

*- Le politiche dell'Unione di cui al presente capo e la loro attuazione sono governate dal principio di solidarietà e di equa ripartizione della responsabilità tra gli Stati membri, anche sul piano finanziario.*

Il sistema europeo comune di asilo (CEAS: Common European Asylum System) fa perno sul regolamento di Dublino (2003) che stabilisce che lo stato membro di arrivo del richiedente protezione è responsabile per l'elaborazione delle domande e questo costituisce un grosso problema per i "paesi di frontiera" come la Grecia, l'Italia, la Spagna. Da molto tempo si parla di rivedere il sistema Dublino e di attuare veramente il principio di solidarietà e condivisione delle responsabilità (redistribuzione/ricollocamenti dei migranti), ma ad oggi i governi europei non sono stati in grado di trovare una posizione comune sulle proposte. Anche il New Pact on Migration and Asylum firmato dai paesi dell'UE il 23 settembre 2020 è sostanzialmente rivolto più a rafforzare la gestione dei confini esterni e le misure di rimpatrio, piuttosto che a una gestione "solidale" del fenomeno migratorio. Prevede infatti un sistema di "contribuzione flessibile" (accoglienza dei migranti arrivati dai paesi "di frontiera" su base volontaria da parte degli altri paesi e nei momenti di crisi..).

Per quanto riguarda il sistema di accoglienza in Italia, alla luce delle esperienze maturate negli anni 90, nel 2002 nasce lo **SPRAR** / Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (L. 189/2002) e viene istituito il Servizio Centrale affidato all'ANCI con supporto operativo della Fondazione Cittalia. L'obiettivo era quello di andare verso un sistema unico di accoglienza, superando la logica del sistema di accoglienza binario (Prefettura e Comuni) che comportano trattamenti differenziati dei migranti a parità di condizione giuridica. In tale ottica l'accoglienza dei migranti doveva essere UN SISTEMA PUBBLICO, parte integrante dei Servizi Sociali, con regole standard, un finanziamento statale, un sistema di monitoraggio. I Centri governativi di prima accoglienza (CARA, CPSA, CAS ecc...) devono essere marginali, dove gli asilandi devono rimanere solo per qualche mese per completare l'identificazione e il primo soccorso. In realtà in questi venti anni il sistema non si è mai evoluto a causa della volontarietà dell'adesione allo SPRAR da parte dei Comuni (resistenze ideologiche da parte dei sindaci), di una scarsa condivisione di responsabilità tra Ministero dell'Interno ed enti locali (ANCI) e della mancanza di una evoluzione concettuale per superare l'ottica emergenziale e securitaria. Così ad oggi soltanto il 30% dei richiedenti protezione è accolta nel sistema SPRAR.

Nel 2018 a seguito del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113 convertito in legge 1 dicembre 2018, n. 132, lo SPRAR è stato sostituito dal Sistema di Protezione per titolari di Protezione Internazionale e per Minori stranieri non accompagnati (**SIPROIMI**). La modifica, molto rilevante, ha previsto un sistema per l'inserimento sociale solo dei titolari di protezione (pochissimi) e, in un unico calderone, dei vulnerabili, mentre i richiedenti protezione devono essere accolti nei centri governativi (a gestione esclusiva delle Prefetture) ai quali vengono tolte le risorse per tutti i servizi alla persona (corsi di lingua,

assistenza sociale, assistenza legale, mediazione interculturale...). Nel contempo l'abolizione della protezione umanitaria ha comportato un aumento esponenziale dei rifiuti alle domande di protezione (oltre all'80%), una riduzione di oltre il 55% delle persone accolte nei centri di accoglienza e un aumento delle persone in strada in condizioni di "irregolarità".

Mentre la questione dell'accoglienza dei profughi è costantemente oggetto di dibattito politico, nella realtà quotidiana gli operatori dei servizi del welfare (sanità, sociale) si trovano in grande difficoltà a "gestire" le problematiche in un quadro fortemente restrittivo dei diritti umani e costantemente cangiante.

Il 5 ottobre 2020 è stato emanato un nuovo DPCM (provvedimento in via di diramazione<sup>1</sup>) che riguarda modifiche della L.132/2018 e della L.77/2019<sup>2</sup>. Con questo nuovo DPCM il SIPROIMI diventa Sistema di Accoglienza e Integrazione (**SAI**) in cui possono essere accolti anche i richiedenti protezione, i titolari di protezione speciale, i casi speciali, i vulnerabili, minori al compimento della maggiore età (Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo, UE...). La prima accoglienza (max permanenza 9-10 mesi) continuerà ad essere effettuata nei centri governativi a gestione delle prefetture, ma saranno ripristinati alcuni servizi alla persona (corsi di lingua, assistenza sociale, assistenza psicologica, mediazione interculturale). Vengono allargate le "maglie" per la concessione dei permessi di soggiorno per **protezione sociale** da concedere nei casi in cui l'espulsione/respingimento e il rimpatrio determini rischio di tortura. Con il decreto, si aggiunge a questa ipotesi il rischio che lo straniero sia sottoposto a trattamenti inumani o degradanti e se ne vieta l'espulsione anche nei casi di rischio di violazione del diritto al rispetto della sua vita privata e familiare. Questo per rimettersi in linea con l'art. 10 della Costituzione e con la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. Altra modifica riguarda la convertibilità dei permessi di soggiorno rilasciati per altre ragioni – tra cui quello per protezione speciale - in permessi di lavoro. Viene ripristinata l'iscrizione anagrafica dei richiedenti e rilascio di carta di identità per tre anni.

**Longobardi** – sottolinea che prima dei decreti "sicurezza" del 2018 l'accoglienza realizzata nei centri governativi (CAS) si stava avvicinando qualitativamente a quella degli SPRAR ed era possibile offrire servizi alla persona e fare anche un lavoro in équipe. A causa delle notevolissime restrizioni introdotte dai decreti "sicurezza", tutto questo non è stato più possibile. I CAS sono diventati una specie di "dormitori", con pochi operatori (un operatore ogni 30/40 beneficiari), spesso non qualificati e spaventati di fronte al disagio

<sup>1</sup> <http://www.vita.it/it/article/2020/10/09/schiavone-asgi-tornare-allo-sprar-affinche-funzioni-tutti-i-comuni-dev/156939/>

<sup>2</sup> Con la modifica della L. 77/2018 si prevede che, nel caso in cui ricorrano i motivi di ordine e sicurezza pubblica o di violazione delle norme sul traffico di migranti via mare, il provvedimento di divieto sia adottato, su proposta del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro delle infrastrutture, previa informazione al Presidente del Consiglio. Per le operazioni di soccorso, la disciplina di divieto non si applicherà nell'ipotesi in cui vi sia stata la comunicazione al centro di coordinamento ed allo Stato di bandiera e siano rispettate le indicazioni della competente autorità per la ricerca ed il soccorso in mare. In caso di violazione del divieto, si richiama la disciplina vigente del Codice della navigazione, che prevede la reclusione fino a due anni e una multa da 10.000 a 50.000 euro. Sono pertanto eliminate le sanzioni amministrative introdotte in precedenza.

psichico. Il supporto da parte del DSM è molto labile e spesso si verifica un “ballottaggio” tra il CAS e il DSM. I CAS, inoltre, per il loro funzionamento non hanno Linee guida o Manuali cui fare riferimento (come lo SPRAR) e la gestione delle Prefetture spesso varia da prefettura a prefettura. Si sottolinea che le persone con disagio psichico nei CAS sono molte perché i CAS sono i centri che accolgono i due terzi dei richiedenti asilo. Alla fine dell'accoglienza, occorre inoltre rivolgersi ai Servizi sociali dei comuni e spesso i casi vengono intercettati dalle forze dell'ordine.

La formazione degli operatori dei CAS sarebbe fondamentale perché possano diventare più capaci di intercettare i segni della sofferenza.

**Fulimeni** – fa presente che la numerosità dei richiedenti è contenuta e tutti potrebbero essere accolti negli SPRAR/SIPROIMI. Sottolinea che il progetto SPRAR è visto come parte integrante del welfare locale e che nel Manuale operativo SPRAR<sup>3</sup> l'accoglienza integrata prevede il lavoro in équipe degli operatori (con un rapporto di un operatore ogni 4/5 utenti), la supervisione con l'apporto di tutta l'équipe, ed è volta a sviluppare l'autonomia e la piena inclusione sociale del richiederete asilo, in rete con i servizi pubblici.

Sono previste figure professionali specifiche quali l'assistente sociale, l'educatore professionale, lo psicologo, l'operatore socio-sanitario, l'operatore legale. Nei progetti SPRAR Salute mentale sono previste figure con competenze specifiche in ambito etnopsi e la costruzione di collegamenti stabili con il DSM.

Per quanto riguarda i disturbi psichici molti sono di tipo post traumatico, aumentati dal 2015 ad oggi a seguito della situazione in Libia; spesso questi si sommano anche a problematiche esistenti alla partenza dal paese d'origine.

**Alcuni operatori del DSM** - è stata espressa la preoccupazione relativa al fatto che i migranti con disagio psichico richiedono “molto tempo” per l'ascolto, per prendere confidenza con lo “straniero”, per il riconoscimento precoce del disagio psichico, per la costruzione del “progetto” individuale. E naturalmente questo è molto difficile in grave carenza di personale nei servizi della salute mentale Marche.

Viene fatto presente il rischio che possa esserci “una pregiudiziale categorizzazione”

**Pedrolli** – sottolinea che molti “disturbi” non sono malattie psichiatriche e che il disagio psichico è differente dal disturbo psichico. La salute mentale da sempre si occupa dei vulnerabili e “dell'altro”; occorre individuare la metodologia e i percorsi per fornire un'assistenza adeguata e un percorso clinico di presa in carico che richiede anche un rapporto con enti del “territorio”. Occorre valutare l'insieme dei bisogni della persona a cui i vari soggetti devono dare risposta e lavorare insieme per evitare il rimbalzo di competenze. La psichiatria comunitaria ha il compito di stimolare questo tipo di azione.

<sup>3</sup> <https://www.siproimi.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf>

Si fa riferimento all'Accordo tra Governo, Regioni ed Enti Locali sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" del 13/11/2014<sup>4</sup>

**Sclocchini** – Assistente sociale DSM Fermo - fa presente che da anni c'è una collaborazione tra DSM AV5 e SPRAR Fermo/Salute mentale, ma risulta molto difficile fornire una risposta "oltre" a quella clinica.

**Ferrara** – psicologa DSM AV3 Macerata – ha posto la questione che per la presa in carico integrata occorre un **case manager**. Chi svolgerà questa funzione (DSM, Assistente sociale, SPRAR??)

## Conclusioni preliminari

**Quali strumenti e metodologie adottare per migliorare la qualità dell'assistenza?**

**A** – Il primo strumento è il **team di professionisti DSM ASUR Marche** che come gruppo di lavoro sta partecipando agli incontri di formazione / azione apportando gli indispensabili contributi specifici

**B** - I partecipanti hanno condiviso l'opportunità di adottare una **scheda di attivazione/segnalazione** da compilarsi a carico dei centri di accoglienza in cui vengono raccolte alcune informazioni essenziali sul migrante e alcune "manifestazioni" che questi ha presentato negli ultimi mesi. Con questa scheda vengono fornite informazioni agli operatori dei DSM (psichiatra in prima battuta?)

La scheda che si ipotizza di proporre a tutti i centri di accoglienza è quella adottata nel Progetto FAMI Toscana (SPRINT) e secondo i colleghi della Toscana che la utilizzano ***La scheda di segnalazione ha la funzione di far riflettere l'operatore della struttura di accoglienza su alcuni elementi rilevanti rispetto al benessere del richiedente asilo/rifugiato e non ha alcuna pretesa diagnostica. Ha invece contribuito ad accrescere la sensibilità degli operatori rispetto alle difficoltà dei beneficiari, anche in connessione con le consulenze e/o le supervisioni da parte dell'equipe SPRINT***.

**C** -E' stata condivisa l'opportunità che l'operatore del centro di accoglienza partecipi alla **valutazione** iniziale e in itinere organizzata nel DSM anche in modo da apportare un contributo al progetto individuale.

**D** – Ci si propone di arrivare a **Protocolli condivisi con gli enti locali** e, in particolare con i Comuni (Carletti suggerisce di contattare anche la responsabile regionale ANCI Immigrazione, dr.ssa Capogrossi del Comune di Ancona)

<sup>4</sup> <http://www.regioni.it/sanita/2014/12/03/conferenza-unificata-del-13-11-2014-accordo-tra-il-governoregioni-ed-enti-locali-sul-documento-definizione-dei-percorsi-di-cura-da-attivare-nei-dipartimenti-di-salute-mentale-per-i-disturbi-378150/>

**E – Occorre promuovere una corretta informazione** sui migranti, dato che esiste un notevole squilibrio informativo che genera diffidenze pre-giudiziali che ostacolano il processo di inclusione nella società.

*A cura di OdS*

26/10/2020