



FOOTPRINTS

Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica



Ministero della Salute

in partenariato con

Associazione permanente della Conferenza dei
Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse WP2- Coordinamento degli interventi territoriali

a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



Progetto co-finanziato
dall'Unione Europea



Ministero della Salute



FOOTPRINTS



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

“Chi difende la 833 difende tutti.”
Da una partecipante del GrIS Friuli Venezia Giulia

INDICE

Parte Prima

L'applicazione della normativa per il Diritto alla salute della popolazione immigrata: uno sguardo complessivo.....	7
1. Introduzione.....	9
2. La <i>governance</i> regionale/provinciale per la salute dei migranti.....	13
3. L'Accordo Stato-Regioni sulle indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera.....	15
4. La tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.....	17
4.1 L'implementazione delle indicazioni nazionali.....	18
4.2 Le recenti indicazioni internazionali	22
4.3 Aggiornamenti legislativi.....	22

Parte seconda

La tutela del diritto alla salute nei contesti territoriali: criticità e risorse nell'esperienza dei Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (GrIS) della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.....	25
1. Metodologia del lavoro di ricerca	27
1.1 I Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (GrIS).....	28
1.2 Soci SIMM di riferimento	34
2. Criticità e risorse dai contesti regionali e provinciali: schede sintetiche dall'analisi territoriale condotta con i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS).....	37
Area Nord	37
Territorio di riferimento: Liguria.....	37
Territorio di riferimento: Piemonte.....	40
Territorio di riferimento: Lombardia	43
Territorio di riferimento: Veneto.....	47
Territorio di riferimento: Provincia autonoma di Trento.....	49
Territorio di riferimento: Provincia autonoma di Bolzano.....	52
Territorio di riferimento: Friuli Venezia Giulia	54
Area Centro.....	58
Territorio di riferimento: Emilia-Romagna	58
Territorio di riferimento: Toscana.....	62
Territorio di riferimento: Marche.....	65
Territorio di riferimento: Lazio	68
Territorio di riferimento: Sardegna	71

Area Sud	74
Territorio di riferimento: Campania.....	74
Territorio di riferimento: Calabria.....	77
Territorio di riferimento: Puglia.....	80
Territorio di riferimento: Sicilia.....	82
3. Uno sguardo d'insieme alle criticità emerse dall'analisi territoriale.....	85
3.1 Gli aspetti critici generali nella realizzazione del diritto alla salute.....	85
3.2 Gli aspetti critici relativi all'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni	87
3.3 Gli aspetti critici relativi all'assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale.....	89
4. Riflessioni conclusive.....	92
Allegati.....	95
Allegato 1: Traccia del focus group con i GrIS.....	95
Allegato 2: Traccia intervista per soci SIMM di riferimento – Sicilia	97
Allegato 3: Traccia del questionario aperto rivolto ai GrIS o ai soci SIMM di riferimento	99
Bibliografia.....	101

PARTE PRIMA

IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN ITALIA E L'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA: UNO SGUARDO COMPLESSIVO

1. INTRODUZIONE

Secondo il *Dossier Statistico Immigrazione 2018* del Centro Studi e Ricerche IDOS, i cittadini stranieri residenti in Italia ammontano a circa 5.144.000, con un'incidenza del 8,5% sulla popolazione totale. Aggiungendo le persone non iscritte all'anagrafe al momento della rivelazione, il Dossier stima che la presenza degli stranieri regolarmente presenti in Italia ammonti a circa 5.333.000. Si tratta di un fenomeno che negli ultimi quattro anni ha assunto una certa stabilità, nonostante sia pervasiva la retorica dell'invasione dei profughi in arrivo via mare. È da considerare infatti che i due terzi dei soggiornanti non comunitari hanno un permesso di soggiorno di durata illimitata, a dimostrazione del grado di radicamento che segna la popolazione immigrata in Italia: tra i rimanenti, il 39,3% ha un permesso di soggiorno per famiglia, il 35,2% per lavoro, mentre i permessi di soggiorno legati alla protezione internazionale ammontano al 18,1%. (1)

Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. In Italia, la politica sanitaria per l'accesso alle cure delle persone straniere è da sempre caratterizzata dall'impegno e dal coinvolgimento della società civile organizzata, che ha contribuito in modo importante nello stendere i due articoli del Testo Unico sull'Immigrazione del 1998 che regolamentano l'accesso alle cure delle persone straniere. Di fatto l'Italia è un paese dotato di una delle più inclusive legislazioni sull'accesso alle cure, anche confrontata con altri paesi europei. Nonostante questo, l'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio nazionale, sia tra le regioni che tra diverse aree delle stesse regioni: inoltre, parte delle disposizioni previste non vengono applicate in modo sistematico nei diversi territori, e la situazione attuale è quella di un diritto garantito sulla carta, che richiede molti passaggi per essere reso esigibile, a partire dalla presenza di politiche e strutture a livello locale che garantiscano l'accesso alle cure primarie. Anche su questo aspetto, la società civile ha storicamente assunto importanza nel promuovere e sostenere iniziative di monitoraggio e armonizzazione, anche sulla corretta applicazione della normativa. (2, 3)

Ci troviamo quindi di fronte all'esigenza di superare la frammentazione presente a livello nazionale e l'estemporaneità delle soluzioni adottate nei diversi contesti locali, per approdare a pratiche di sanità pubblica e a modalità assistenziali basate sulle migliori evidenze scientifiche e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità.

Con questa prospettiva, negli anni sono stati prodotti documenti di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica, elaborati nell'ambito di programmi a valenza interregionale e coordinati da istituzioni nazionali e regionali. I principali riferimenti normativi utili volti ad omogeneizzare la tutela del diritto alla salute della popolazione immigrata sono:

- l'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 20/12/2012 attraverso il documento 'Le Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane' elaborato dal Tavolo Tecnico Interregionale 'Immigrati e Servizi Sanitari', ha recepito le istanze dei territori che sono state portate a livello di dibattito nazionale, costituendo un punto d'arrivo di un impegno di collaborazione, di condivisione di competenze, di messa in campo di esperienze;
- nell'ambito del Programma nazionale 'Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti', sviluppato dall'INMP in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la SIMM, sono state elaborate le Linee Guida sui

controlli sanitari e i percorsi di tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia con i flussi migratori che forniscono raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche circa la pratica dei controlli sanitari;

- la pubblicazione in G.U. n. 95 del 24/04/2017 delle Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione ai rifugiati che hanno subito torture, stupri e altre forme gravi di violenza ha fornito raccomandazioni per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di tali soggetti vulnerabili;
- il 'Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati', alla cui elaborazione hanno partecipato Istituzioni (Ministero della Salute, dell'Interno, del Lavoro e Politiche Sociali, della Giustizia), esperti e stakeholders (SIMM, INMP, GLNBI/SIP, FIMP, UNHCR, StC), all'interno del Tavolo interregionale 'Immigrati e servizi sanitari' della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome che lo ha approvato nel Marzo 2016, stabilisce che la determinazione dell'età di un presunto minore debba essere disposta in presenza di fondato dubbio su quanto dichiarato e dopo l'esecuzione delle altre possibili pratiche di identificazione ed essere affidata a esperti del settore (pediatra, neuropsichiatra infantile/psicologo, mediatore culturale, assistente sociale) con un approccio multidisciplinare;
- l'approvazione (29 Marzo 2018) della legge 'Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e altre disposizioni concernenti misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati', ha delineato in un testo unico il sistema di protezione e accoglienza per i minori stranieri non accompagnati (MSNA).

A sostegno dell'importanza di adottare modalità operative uniformi sul territorio nazionale, il documento "Immigrazione e Salute" elaborato dal Comitato Nazionale per la Bioetica del 2017 (4), sottolineava, tra le raccomandazioni finali, l'importanza di:

- rafforzare il coordinamento per l'implementazione dell'Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012, in particolare di rendere effettivo quanto disposto in merito all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di tutti i minori, indipendentemente dal loro status amministrativo;
- sviluppare adeguate modalità di contabilizzazione e rendicontazione delle spese sostenute dal SSN per la salute della popolazione immigrata irregolare;
- denunciare la gravità delle condizioni alle quali spesso sono sottoposti i migranti e in particolar modo le donne nel corso del viaggio (condizioni degradanti che incidono fortemente sul loro stato di salute, fisica e psichica);
- rafforzare le competenze del personale sociale e sanitario i implementare percorsi di cura che sappiano riconoscere e farsi carico delle condizioni di vulnerabilità, in particolare nell'ambito della salute della donna, della salute mentale e nella tutela dei minori stranieri non accompagnati;
- rafforzare l'educazione sanitaria, potenziare i servizi a bassa soglia e assicurare le coperture vaccinali;
- aumentare le competenze interculturali degli operatori del SSN, perché essi siano in grado nella loro consueta esperienza professionale di relazionarsi in modo appropriato ai pazienti immigrati, attraverso un accrescimento delle conoscenze sulle problematiche socio-sanitarie dei Paesi di provenienza e grazie anche al coinvolgimento di mediatori interculturali, in particolari *setting* terapeutici;

- implementare l'informazione sui dati epidemiologici relativi alla salute degli immigrati, al fine di evitare allarmismi e stereotipi sulle "patologie dell'immigrazione", che possono favorire l'emarginazione e ostacolare l'integrazione sociale.

In questo scenario complesso, il **Progetto FOOTPRINTS, "Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica"**, coordinato dal Ministero della Salute, svolto in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione permanente della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia (ACPPCCLMM), nasce con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze territoriali e rendere operative le indicazioni nazionali. Il Progetto infatti vuole giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale per il coordinamento di aspetti di salute pubblica riguardanti la popolazione immigrata, rafforzando i sistemi di *governance* regionali, attraverso la formazione di circa 90 referenti individuati dalle Regioni/Province autonome, il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali e la creazione di comunità di pratica per favorire un confronto tra referenti regionali.

2. LA GOVERNANCE REGIONALE/PROVINCIALE PER LA SALUTE DEI MIGRANTI

Quando in sanità si utilizza il concetto di *governance*, nonostante nella letteratura internazionale relativa alla politica sanitaria ed alla pubblica amministrazione non venga utilizzata una definizione univoca, si fa generalmente riferimento al sistema di indirizzo e coordinamento delle politiche ed interventi sanitari. Di fatto questo concetto considera le modalità attraverso cui le decisioni sono assunte e messe in atto nel settore sanitario.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che la *governance* consiste in un'ampia gamma funzioni svolte dai decisori nel cercare di raggiungere gli obiettivi delle politiche sanitarie che tendono a garantire la copertura sanitaria e l'accesso ai servizi sanitari. Tali funzioni includono il mantenimento della direzione strategica dello sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie, l'identificazione ed eventuale correzioni di distorsioni o conseguenze indesiderate, la regolamentazione del comportamento di tutti gli attori coinvolti, la definizione di responsabilità e di meccanismi trasparenti ed efficaci di *accountability* per render conto di quanto fatto¹.

Nel rapporto *Strengthening Health System Governance* dell'Osservatorio Europeo sui sistemi e le politiche sanitarie dell'OMS (5), si fa riferimento alla *governance* come al processo ed alle istituzioni attraverso cui le decisioni sono prese e viene esercitata l'autorità nel sistema sanitario, dimostrando di avere la capacità di far fronte alle sfide quotidiane così come all'implementazione delle politiche ed ai problemi che possono insorgere. In quest'ottica, un buon sistema di *governance* funziona anche in assenza di leader particolarmente bravi e rappresenta una difesa contro leader particolarmente inefficienti e risulta soprattutto necessario per far fronte alle esigenze di coordinamento dovute alla crescente complessità del sistema sanitario. Nel rapporto viene messo in rilievo come proprio nella letteratura internazionale siano molteplici le dimensioni che vengono utilizzate per caratterizzare la *governance*, tra cui gli autori ne indicano alcune come prioritariamente rilevanti:

- trasparenza: le istituzioni informano tutti gli attori dei prossimi ambiti decisionali e delle decisioni assunte, nonché dei relativi processi su cui sono state fondate e che le hanno favorite;
- *accountability*: le istituzioni informano delle decisioni prese, danno spiegazioni a riguardo assumendone la responsabilità;
- partecipazione: gli attori coinvolti hanno accesso ai processi decisionali in modo da avere peso nelle scelte effettuate dalle istituzioni;
- integrità: tutti gli attori coinvolti sono in grado di capire e predire il processo con il quale l'istituzione assume una certa decisione e la applica, avendo definito chiaramente ruoli e responsabilità di ciascuno;
- capacità: le istituzioni hanno a disposizione un nucleo di persone competenti che offrono supporto tecnico nelle decisioni.

Nessuna di queste caratteristiche è di per sé una garanzia di una buona *governance*, perché ciascuna potrebbe essere messa in gioco in maniera eccessiva o utilizzata impropriamente. Implementare, ed allo stesso tempo misurare, un sistema di buona *governance* rappresenta un compito chiave e sfidante per il sistema sanitario.

Se riportiamo il concetto di *governance* nell'ambito delle politiche sanitarie rivolte alla popolazione migrante, è interessante cercare di definire quali processi, istituzioni ed attori vengono attivati nei contesti regionali nel prendere decisioni su questi temi. Tra l'altro l'ambito delle politiche per la salute dei migranti rimane pervaso da un'ambiguità di fondo che scaturisce dal fatto di trovarsi sospeso tra ciò che viene sancito dalla politica sull'immigrazione e l'asilo, che costituisce materia

1 Per approfondimenti, si veda <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/> .

di legislazione esclusiva da parte dello Stato, e quello che invece viene definito nelle politiche sull'assistenza sanitaria, che ormai, con il processo di decentramento, rappresenta materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni.

Se quindi la *governance* in tema di salute dei migranti si caratterizza per questa ulteriore complessità, è tuttavia possibile e necessario definirla e strutturarla nei contesti regionali per assicurare l'implementazione delle normative e delle indicazioni nazionali, anche attraverso una loro piena ed omogenea attuazione a livello sub-regionale, e per gestire adeguatamente le problematiche che i sistemi sanitari regionali si trovano a dover affrontare in questo ambito.

3. L'ACCORDO STATO-REGIONI SULLE INDICAZIONI PER LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA PER L'ASSISTENZA SANITARIA ALLA POPOLAZIONE STRANIERA

Il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA) che recepisce in gran parte i contenuti del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" redatto dal tavolo tecnico citato e già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome il 21 settembre 2011. (6, 7)

Il documento approvato è uno strumento tecnico-operativo condiviso per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. Il documento, infatti, rimanda da una parte ai principi ispiratori delle norme primarie dello Stato, in primis l'art. 32 della Costituzione italiana che sancisce il diritto alla salute per tutti quale diritto proprio della persona umana, e dall'altra ai principi del Diritto Comunitario (Trattati, Regolamenti e Direttive dell'UE). La sua finalità è quella di chiarire eventuali ambiguità interpretative che sono state osservate negli anni a livello dei settori amministrativi delle Regioni, delle Province Autonome e delle Aziende Sanitarie, allo scopo di ridurre se non eliminare le discrezionalità nell'applicazione delle norme che di fatto ostacolano l'accesso all'assistenza per la popolazione migrante e minano la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Tra le indicazioni di maggiore interesse e rilevanza contenute nell'Accordo si evidenziano in particolare le seguenti:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI.

Tale Accordo, pur non trattandosi di una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti, ma solitamente le Regioni devono ratificarlo per considerarlo vincolante (6, 7). Attualmente solo 14 realtà territoriali lo hanno recepito con atti formali (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Molise, Toscana, Marche, Piemonte e PA Trento), ma spesso non viene applicato interamente in questi territori. Altre regioni che non hanno recepito formalmente l'Accordo, hanno tuttavia approvato degli atti che regolamentano alcuni aspetti chiave quale per esempio l'iscrizione del minore straniero a prescindere dallo stato giuridico in cui si trova.

Dalla fine del 2012 la SIMM, attraverso i GrIS locali, ha promosso il monitoraggio del recepimento ed applicazione dell'Accordo attraverso la raccolta degli atti formali (note, circolari, delibere) prodotte dalle Regioni. All'interno del progetto FOOTPRINTS il monitoraggio è stato integrato con

un'analisi qualitativa con i Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), per documentare le criticità e le risorse presenti a livello locale sulla base delle esperienze dirette delle persone impegnate in tale ambito.

4. LA TUTELA DELLA SALUTE DEI RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

I flussi in ingresso della popolazione richiedente protezione internazionale hanno subito un brusco calo a partire dall'estate del 2017, in seguito alle politiche di esternalizzazione delle frontiere e respingimenti messe in atto dai paesi dell'Unione Europea. In Italia, l'elevato flusso di profughi in ingresso, che dal 2014 al 2017 ha visto giungere nel complesso 625.000 persone, può definirsi esaurito: nel 2018 sono arrivate via mare in Italia poco più di 21.000 persone, un dato ridotto del 90% rispetto all'anno precedente. Parallelamente è aumentato il numero delle vittime nel Mediterraneo e il numero di migranti riportati nei campi di detenzione in Libia, in particolare in seguito agli accordi italo-libici e all'attacco rivolto alle ONG, che ha scoraggiato il loro intervento di soccorso in mare. (1)

Attualmente sono presenti in Italia poco più di 239.000 titolari di permessi legati alla richiesta di asilo o alla protezione internazionale e umanitaria, con una presenza di migranti in strutture di accoglienza poco superiore alle 131.000 persone². Questi valori danno la dimensione di un andamento in linea con altri paesi dell'Unione Europea, di entità limitata rispetto al complesso del fenomeno migratorio, al contrario di quanto mostra la tendenza globale rispetto al preoccupante e rapido aumento dei migranti forzati nel mondo.

Tuttavia, il fenomeno degli sbarchi e dei richiedenti protezione internazionale ha catalizzato l'attenzione mediatica negli ultimi anni, non senza strumentalizzazioni politiche e diventando tema centrale del dibattito pubblico attuale.

L'entità del fenomeno rappresenta tuttora un banco di prova su cui misurare la capacità di dare risposte ai bisogni di salute emergenti, in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Con l'obiettivo di adottare pratiche di sanità pubblica e a modalità assistenziali basate sulle migliori evidenze scientifiche e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità, nel corso del 2016 e 2017 sono state prodotte le linee guida e le indicazioni nazionali sulla salute dei migranti:

- le linee guida nazionali "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza", nell'ambito del programma nazionale 'Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti', sviluppato dall'INMP in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la SIMM, approvate in Conferenza Stato Regioni del 10 maggio 2018;
- le Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione ai rifugiati che hanno subito torture, stupri e altre forme gravi di violenza ha fornito raccomandazioni per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di tali soggetti vulnerabili, pubblicate dal Ministero della Salute e approvato e in Conferenza Stato Regioni e PA n. 43 del 30 marzo 2017;
- il 'Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati', a cura del Tavolo interregionale Immigrati e Servizi sanitari, approvato in Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cr09/C7-C15 del 3 marzo 2016.

Queste indicazioni non sono state recepite uniformemente sul territorio nazionale: in alcuni contesti regionali sono stati prodotti dei documenti volti alla loro implementazione, in altri contesti sono stati avviati dei tavoli di lavoro per l'elaborazione di documenti operativi, in altri ancora sono presenti

2 Dato tratto dal Cruscotto Statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno. Aggiornamento al 31/01/2019.

progettualità specifiche che riguardano alcuni aspetti relativi alla presa in carico sociale e sanitaria e che fanno riferimento alle linee guida nazionali.

4.1 L'implementazione delle indicazioni nazionali

Tutte le regioni hanno emanato circolari per la definizione della presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, ma non tutte hanno definito delle vere e proprie modalità operative, dotandosi di protocolli di coordinamento tra le amministrazioni e i soggetti del privato sociale coinvolti nella gestione dell'accoglienza.

Di seguito sono presentate le più significative indicazioni regionali prodotte per la gestione e il coordinamento degli interventi per la salute dei migranti, pubblicati in seguito all'emanazione delle linee di indirizzo nazionali del 2016 e 2017.

Sicilia

La Regione Siciliana, in collaborazione con il WHO Regional Office for Europe e il Ministero della Salute ha pubblicato, nel 2014 e poi una seconda versione nel 2017, il **Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti. Modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica in Sicilia**, al fine di rafforzare la capacità sanitaria di intervento ed il coordinamento tra le istituzioni preposte in particolare per far fronte al fenomeno degli arrivi via mare.

Il Piano ha la finalità di identificare ruoli e responsabilità nella gestione del fenomeno e delle figure strategiche, al fine di garantire una gestione ancora più efficiente e coordinata delle risorse, per assicurare una risposta efficace ai bisogni di salute dei migranti e della popolazione residente.

Il Piano descrive l'insieme coordinato delle procedure operative d'intervento sanitario da attuarsi nel caso di sbarchi di migranti lungo le coste Siciliane, prendendo in considerazione sia l'assistenza sanitaria allo sbarco che quella effettuata nei centri di prima accoglienza. Prendendo in esame le procedure da attuare in diverse fasi operative, dalle fasi di soccorso in mare alla seconda accoglienza, il Piano identifica i soggetti in campo, i ruoli, le responsabilità nella gestione del fenomeno e delle figure strategiche, definendo in questo modo le modalità operative di coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali (locali, nazionali, internazionali) e del terzo settore coinvolti nella gestione dei flussi migratori. Definisce inoltre il funzionamento dei flussi informativi e il piano di coordinamento tra i soggetti a livello nazionale, regionale e territoriale.

Il Piano fornisce le indicazioni rispetto all'assistenza sanitaria allo sbarco, volta prevalentemente al controllo delle malattie infettive. Rispetto alla presa in carico sanitaria nelle fasi successive, dà indicazioni rispetto alla sorveglianza sanitaria e a misure preventive (vaccinazioni, screening HIV, sorveglianza ambientale polio virus). Dedicata infine una sezione relativa alla presa in carico dei minori stranieri e descrive le procedure volte all'attuazione del protocollo per l'accertamento multidisciplinare dell'età. Il documento cita le linee guida sul riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, ma non fornisce indicazioni operative circa la presa in carico.

Marche

L'Agenzia Regionale Sanitaria Marche, con il Decreto N. 56/ARS del 24/07/2017, approva il documento informativo "**Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e degli operatori dell'accoglienza**".

Il 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'Agenzia Regionale Sanitaria Marche. Il documento nasce nel contesto di un percorso formativo regionale per operatori sociali e sanitari, svolto dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute/ARS, in

collaborazione con la Prefettura di Ancona, il Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR Marche, il Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche e l'ANCI Marche, con l'obiettivo di promuovere la tutela della salute e l'accesso ai servizi socio-sanitari per le persone in condizioni di vulnerabilità. Dal percorso formativo è emersa la necessità di disporre di protocolli e di indicazioni sui percorsi da seguire per la prima valutazione sanitaria e per lo screening dei migranti al loro arrivo, di conoscere il rischio effettivo a cui gli operatori sono esposti e le relative misure preventive. Il documento è composto di una prima parte di approfondimento sul profilo di salute della popolazione immigrata, da un inquadramento della normativa e delle indicazioni per le procedure sanitarie in accoglienza, seguita da un paragrafo che sottolinea la necessità di coordinamento tra le diverse amministrazioni, per poi passare a un approfondimento sulla tutela della salute degli lavoratori dei centri di accoglienza e a delle schede tecniche sulle manifestazioni, le modalità di trasmissione e la prevenzione di alcune malattie infettive, e chiude con le schede tecniche sulle procedure sanitarie relative alla prima visita dopo l'arrivo, al controllo della TBC, alla verifica dello stato vaccinale, e con indicazioni operative per il medico competente. Il documento non fornisce indicazioni operative rispetto al protocollo multidisciplinare per l'accertamento dell'età e al riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale.

Sardegna

La Regione Autonoma della Sardegna ha approvato, con Delibera della Giunta Regionale n. 1/4 del 8.1.2019, il **Piano regionale per l'accoglienza dei flussi migratori non programmati - Aggiornamento tecnico-finanziario - Anno 2019**.

Il primo piano regionale è stato pubblicato nel 2016, quale strumento di pianificazione interassessoriale a integrazione delle diverse politiche, prestando attenzione alle specificità del contesto regionale, dei cittadini e dei migranti.

Il Piano, aggiornato in seguito a modifiche legislative, finanziarie, del bisogno e del contesto regionale, rappresenta lo strumento di programmazione per la definizione degli interventi in risposta alle problematiche legate alla gestione dei flussi migratori non programmati. Il documento è sviluppato in coerenza con il "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati" e con le indicazioni operative del Tavolo di Coordinamento Nazionale e al Tavolo di coordinamento regionale. I principali obiettivi sono: la definizione di una programmazione regionale concertata e rispondente ai bisogni dei diversi territori, nel rispetto del principio di sussidiarietà verticale ed orizzontale; la promozione di un maggior coinvolgimento della Regione e delle istituzioni locali nei processi decisionali afferenti alla configurazione del sistema di accoglienza dei migranti; la regolamentazione dell'attività sanitaria a tutela dei richiedenti la protezione internazionale, comprendente le visite mediche di I e II livello, la sorveglianza e l'assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle persone in condizioni di vulnerabilità; il rafforzamento e il coordinamento delle strutture di accoglienza, in particolare quelle dedicate ai minori stranieri non accompagnati; la costruzione di reti locali di cittadinanza, che prevedano il coinvolgimento delle strutture di prima e seconda accoglienza, delle Associazioni dei migranti, del Terzo Settore e del Volontariato; la costruzione di azioni sinergiche e funzionali al tema dell'inclusione dei migranti. Il Piano Regionale, dopo un inquadramento introduttivo del fenomeno migratorio e dei riferimenti normativi, descrive gli obiettivi e l'articolazione del sistema di *governance* per il loro raggiungimento, per poi passare alla definizione delle linee di intervento sui diversi ambiti: soccorso e prima assistenza, accoglienza e integrazione; il coinvolgimento delle scuole; il sistema di accoglienza per i minori stranieri non accompagnati; la tutela della salute in tutte le fasi dell'accoglienza, in particolare dei minori e dei soggetti in condizioni di vulnerabilità, facendo riferimento alle azioni inserite nella progettualità FAMI "Implementazione dei servizi di accoglienza, assistenza e sostegno socio-sanitario rivolto ai

soggetti vulnerabili ospiti dei centri di accoglienza”; il rafforzamento del sistema di *governance* regionale; la mediazione linguistico-culturale; il contrasto alla tratta degli esseri umani; i progetti FAMI in corso; la comunicazione rivolta ai richiedenti protezione internazionale e alla popolazione locale.

Rispetto alle indicazioni nazionali sulla salute dei migranti, il Piano fa riferimento al Protocollo multidisciplinare per la valutazione dell'età anagrafica dei minori stranieri non accompagnati, approvato con Determinazioni del Direttore Generale dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e della sanità, n. 631 del 23/05/2017 e determinazione n. 669 del 03/07/2017.

Sono descritti interventi di tutela per le vittime di violenza intenzionale, facendo riferimento al D. Lgs. n. 142/2015, senza riferimenti espliciti alle “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”, e alle Linea guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”.

Friuli Venezia Giulia

Il Friuli Venezia Giulia ha adottato, col Prot. N. 0007979/P 2018 della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali del 13/04/2018, il **Protocollo regionale per la gestione sanitaria dei migranti 2018: aggiornamento febbraio 2018**. Il documento, che era stato preceduto da un protocollo regionale del 2015, integra nelle procedure regionali le indicazioni delle Linea guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”. Il documento ribadisce la necessità di condizioni di accoglienza rispettosa della dignità umana e sottolinea che in ogni fase di accoglienza, le strutture dedicate devono garantire salubrità e condizioni igienico-sanitarie adeguate e un setting che possa aiutare i migranti e gli operatori a entrare in relazione e a comunicare efficacemente. Sostiene quindi la necessità della presenza dei mediatori linguistico-culturali e sul fatto che la popolazione migrante debba essere rassicurata sul fatto che i controlli sono finalizzati alla tutela del loro diritto alla salute, senza implicazioni giuridiche.

Il protocollo fornisce le indicazioni relative a: screening per tubercolosi e l'infezione tubercolare latente; screening per HIV, HBV, HCV, malaria; esame parassitologico delle feci e screening delle malattie croniche (diabete, anemie, ipertensione); screening per IST, Pap test, vaccinazione HPV, tesi di gravidanza, da effettuare nelle diverse fasi del percorso di accoglienza.

Lazio

La Regione Lazio, con la Deliberazione 590 del 16.10.2018, approva il documento concernente **“Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale”**. Vengono recepiti quindi i documenti programmatici nazionali e vengono forniti alle ASL e agli operatori dei centri d'accoglienza strumenti per una corretta e uniforme presa in carico dei richiedenti asilo. La Delibera fa particolare riferimento a coloro che sono in condizione di maggiore fragilità, come i minori non accompagnati, le vittime di violenze intenzionali e di torture e le persone con bisogni di assistenza e di cura. Il documento ha recepito:

- le 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;

- le Linee guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”;
- il Protocollo per l’identificazione e per l’accertamento olistico multidisciplinare dell’età dei minori non accompagnati.

Ha anche tenuto conto della “Linea guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose” del 2018 e ha ribadito quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome” per una diffusa accessibilità ai servizi sanitari.

Le indicazioni danno un quadro sintetico delle indicazioni nazionali, sottolineano la necessità di collaborazione e coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali (prefetture, questure, comuni, ASL), sottolineano l’importanza di costruire percorsi formativi su queste tematiche e infine forniscono delle schede tecniche per lo svolgimento delle visite mediche e della presa in carico sanitaria.

Il Progetto I.C.A.R.E.: una progettualità in corso per l’implementazione delle linee guida nazionali

All’interno dello scenario nazionale, assume importanza l’avvio del **Progetto I.C.A.R.E.** (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) finanziato dall’Unione Europea, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna ed è svolto in partenariato con le Regioni Liguria, Toscana, Lazio e Sicilia. Il progetto, che si svolge in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero dell’Interno, ha durata di 18 mesi e termina a luglio 2020.

Gli obiettivi principali del progetto sono:

- migliorare la fase di accoglienza e ottimizzare l’accesso ai servizi sanitari territoriali attraverso interventi multidisciplinari;
- garantire l’implementazione degli interventi trasversali e il monitoraggio delle attività, per assicurare risposte omogenee e mettere a sistema processi organizzativi di accoglienza e cura;
- creare percorsi multidisciplinari ad hoc per rispondere ai bisogni di salute della popolazione richiedente protezione internazionale;
- implementare strumenti digitali per la raccolta dei dati sanitari, per assicurare la continuità delle cure nel percorso di accoglienza e per registrare le attività connesse all’individuazione delle vulnerabilità;
- attivare percorsi formativi per rafforzare le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell’associazionismo sia dal punto di vista organizzativo che professionale;
- costruire équipe multidisciplinari e multiprofessionali nelle Aziende Sanitarie comprensive del supporto della mediazione linguistico-culturale;
- implementare le Linee Guida sui controlli sanitari sui percorsi di arrivo e protezione per i migranti e le Linee Guida sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura.

Avendo questo progetto obiettivi parzialmente convergenti con il Progetto FOOTPRINTS, si auspica la costruzione di relazioni collaborative a livello locale e il potenziamento reciproco delle progettualità che convergono sull’implementazione delle linee guida per la salute dei migranti.

4.2 Le recenti indicazioni internazionali

Spostando l'attenzione sullo scenario internazionale, si segnala infine la recente pubblicazione del primo rapporto sulla salute dei migranti e rifugiati prodotto dall'Ufficio europeo dell'OMS dal titolo ***Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health***, realizzato in collaborazione con Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) (8). Il rapporto, mosso dall'esigenza di analizzare in modo sistematico la letteratura e le evidenze scientifiche prodotte negli ultimi anni, descrive il fenomeno migratorio, le politiche attuali e il profilo di salute dei richiedenti protezione internazionale e rifugiati, e fornisce delle indicazioni volte a migliorare la salute e l'integrazione nei servizi socio-sanitari di tale popolazione. Tra i punti salienti del rapporto, si sottolinea che:

- la popolazione immigrata, all'arrivo gode generalmente di uno stato di salute buono, ma è esposta al rischio di malattia sia durante il viaggio che nel soggiorno del paese di destinazione, a causa delle condizioni di vita spesso in situazioni di marginalità e definiscono profili di salute assimilabili alle fasce più vulnerabili della popolazione;
- i migranti accedono meno e con difficoltà ai servizi sanitari, a causa di barriere d'accesso formali e informali, quali barriere economiche, linguistico-culturali, discriminazione;
- le condizioni di sofferenza psico-sociale e psichiatrica sono ampiamente sottovalutate e sono conseguenti sia alle esperienze traumatiche e di violenza intenzionale subite nel percorso migratorio, sia alla precarietà delle condizioni di vita nei contesti di accoglienza e del processo di richiesta di protezione internazionale.

Il rapporto ribadisce infine l'importanza di ri-orientare i servizi sanitari a favore della piena inclusione dei migranti nei percorsi di cura, adottando un approccio *migrant-friendly* per rendere i servizi accessibili, ispirati all'equità e all'universalismo.

4.3 Aggiornamenti legislativi

Come ultimo elemento rispetto alla tutela della salute dei richiedenti protezione internazionale, è importante sottolineare il cambiamento di scenario introdotto dall'entrata in vigore della Legge 1 dicembre 2018, n. 132, concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, recante disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata. Delega al Governo in materia di riordino dei ruoli e delle carriere del personale delle Forze di polizia e delle Forze armate".

Le principali organizzazioni medico-umanitarie impegnate sui temi delle migrazioni e dell'asilo, quali Centro Astalli, Emergency, INTERSOS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, in data 25 ottobre 2018 hanno firmato una lettera rivolta al Parlamento dal titolo "Correggere decreto per garantire il diritto alla salute" (9). La lettera evidenzia le implicazioni per il diritto alla salute delle persone migranti, richiedenti asilo e rifugiate sul territorio italiano conseguenti all'entrata in vigore dei sopracitati riferimenti normativi, sia rispetto alla possibilità di accedere pienamente al Servizio Sanitario Nazionale, sia rispetto alle condizioni sociali che concorrono a determinare la salute delle persone. Le principali criticità evidenziate sono relative a:

- le conseguenze dell'abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari, in termini di aumento del tasso di irregolarità, con conseguente maggiore vulnerabilità in termini di salute;
- la riforma del sistema di accoglienza Sprar in termini restrittivi;
- l'allungamento dei tempi di trattenimento negli hotspot e nei Centri di Permanenza e Rimpatrio;
- il limite all'iscrizione anagrafica dei residenti;
- il divieto di ingresso in alcune aree delle città (il Daspo urbano) che, quando applicato ai presidi ospedalieri, ostacola l'accesso alle cure, limitando i diritti costituzionali e violando il codice di deontologia medica;
- l'ambiguità rispetto ai criteri e le modalità di rilascio dei permessi per gravi motivi di salute, nonché la non convertibilità in permessi per motivi di lavoro.

La conversione in legge, del decreto-legge 4 ottobre 2018 non ha incluso modificazioni a tutela del diritto alla salute dei migranti: le criticità evidenziate permangono e sono tuttora oggetto di denuncia da parte della società civile, mentre le conseguenze dell'applicazione di tali disposizioni normative cominciano a divenire evidenti.

Con la finalità di superare le ambiguità rispetto al diritto di accesso alle cure derivanti dall'entrata in vigore della Legge 132/18, la Regione Lazio e la Regione Marche hanno emanato delle indicazioni che forniscono alle Aziende Sanitarie delle precisazioni rispetto all'attuazione del diritto alla salute e l'accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea. Nello specifico, tali documenti chiariscono che:

- la dichiarazione di effettiva dimora, cioè il domicilio dichiarato dalla persona al momento della formalizzazione della domanda di protezione internazionale, è valida ai fini dell'iscrizione al SSR;
- i richiedenti protezione internazionale devono essere iscritti al SSR, per tutta la durata del permesso di soggiorno, rinnovabile e senza interruzione dell'assistenza, fino alla definizione della loro pratica;
- è garantita l'iscrizione obbligatoria al SSR e parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per i titolari dei permessi:
 - per "cure mediche, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, lettera d-bis del D.lgs 286/98" – Testo Unico Immigrazione (TUI) non deve essere confuso con il permesso per cure mediche rilasciato ai sensi dell'articolo 36 del TUI "Ingresso e soggiorno per cure mediche";
 - per "casi speciali" (protezione sociale, vittime di violenza domestica, situazioni di eccezionale calamità, particolare sfruttamento del lavoratore, atti di particolare valore civile);
 - per "protezione speciale", rilasciato nei casi in cui non venga accolta la domanda di protezione internazionale, ma si è nell'impossibilità di procedere all'espulsione o al respingimento per gravi motivi di carattere umanitario;
- la L. 132/18 non ha introdotto modifiche rispetto all'assistenza sanitaria agli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno, nei confronti dei quali sono garantite le prestazioni urgenti e indifferibili ancorché continuative attraverso l'attribuzione del codice STP.

PARTE SECONDA

**LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE NEI CONTESTI TERRITORIALI:
CRITICITÀ E RISORSE NELL'ESPERIENZA DEI
GRUPPI TERRITORIALI IMMIGRAZIONE E SALUTE (GrIS)
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI**

1. METODOLOGIA DEL LAVORO DI RICERCA

L'analisi territoriale delle criticità e risorse sul diritto alla salute e l'accesso alle cure per la popolazione immigrata, svolta nel contesto dell'asse di lavoro WP2 "Coordinamento degli interventi regionali" del Progetto FOOTPRINTS, ha voluto ampliare il lavoro di ricerca e monitoraggio sull'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012, condotto dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) con la collaborazione e il sostegno dell'Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri dell'Area Sanitaria della Caritas. L'ampliamento del lavoro di monitoraggio è stato condotto attraverso lo sviluppo di un'indagine qualitativa svolta con i Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (GrIS), le articolazioni territoriali della SIMM. L'obiettivo dell'indagine è stato integrare il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni, costruito sull'analisi degli atti formali emanati dalle Regioni e dalle Province autonome per valutare l'implementazione delle indicazioni oggetto dell'Accordo, attraverso la raccolta e la documentazione delle criticità e delle risorse presenti a livello locale, sulla base delle esperienze dirette delle persone impegnate in tale ambito. Questo per arricchire l'analisi degli atti formali con la prospettiva derivante dall'esperienza diretta di interazione con i servizi sanitari, per costruire una valutazione integrata della reale implementazione della normativa a livello locale, con lo scopo di documentare, con l'esperienza, la presenza di barriere di accesso alle cure e la reale fruizione dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata.

L'analisi qualitativa si è basata sul coinvolgimento dei GrIS attraverso la costruzione di incontri dedicati alla raccolta dei principali aspetti critici riscontrati nell'esperienza dei componenti dei GrIS. Nei contesti in cui non è stato possibile organizzare dei veri e propri incontri dedicati, sono state svolte delle interviste o dei questionari sottomessi a informatori chiave (portavoce dei GrIS o soci di riferimento).

Da novembre 2018 a gennaio 2019 l'analisi è stata svolta attraverso la combinazione dei seguenti approcci metodologici³:

- sono stati svolti 11 incontri con interviste collettive e focus group con i GrIS delle seguenti Regioni/Province autonome: Lazio, Lombardia, Marche, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Toscana, PA Trento, Emilia-Romagna, Liguria;
- è stata svolta un'intervista in profondità con due soci di riferimento della Regione Sicilia;
- sono stati raccolti 4 questionari a domande aperte, quali contributi dei GrIS/soci di riferimento di Veneto, Sardegna, Puglia e Provincia autonoma di Bolzano.

Il focus dell'analisi qualitativa si è sviluppato sui seguenti aspetti:

- le principali difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e aspetti critici rispetto all'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012;
- l'assistenza socio-sanitaria rivolta ai richiedenti protezione internazionale e il livello di implementazione delle recenti indicazioni nazionali;
- l'articolazione dei sistemi di *governance* regionali/provinciali per la salute dei migranti e i principali aspetti di criticità.

In origine l'indagine prevedeva un'ulteriore approfondimento sul ruolo dei GrIS e sul possibile rafforzamento dei rapporti con le istituzioni; nella maggior parte dei casi, per motivi di tempo, non è stato possibile documentare le percezioni dei gruppi territoriali su questo aspetto specifico attraverso l'indagine legata al Progetto FOOTPRINTS. Tuttavia, i GrIS e la SIMM portano avanti questo ambito di riflessione in forma condivisa e con continuità, sia attraverso le attività svolte dai GrIS a livello territoriale, sia negli spazi di confronto all'interno degli organi di coordinamento nazionale dei GrIS.

3 Le tracce dei focus group, dell'intervista e dei questionari sono consultabili alla sezione 'Allegati'.

Sono stati quindi raccolti i contributi provenienti da 16 realtà territoriali, riportati nelle schede sintetiche regionali/provinciali presentate nel capitolo successivo. La sezione “Criticità e risorse dai contesti regionali e provinciali: schede sintetiche dall’analisi territoriale condotta con i gruppi immigrazione e salute (GrIS)” presenta, in schede sintetiche regionali/provinciali, gli elementi emersi a livello territoriale; la sezione “Uno sguardo d’insieme alle criticità emerse dall’analisi territoriale” propone una sintesi dei principali aspetti critici rilevati nel corso dell’indagine e trasversali ai diversi contesti territoriali.

1. 1 I Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (GrIS)

GrIS Liguria

Il Gruppo Ligure Immigrazione e Salute – GrIS Liguria (GLIS), sulla base di un’esperienza pluriennale di lavoro locale, si costituisce formalmente nel 2013.

Il GLIS si riunisce periodicamente e si è dotato di un gruppo di coordinamento. È impegnato negli ambiti dell’advocacy, dell’informazione e sensibilizzazione attraverso l’organizzazione e la partecipazione ad eventi pubblici in materia di immigrazione. Inoltre è attivo sul fronte della formazione, attraverso l’organizzazione di corsi residenziali e seminari, e della ricerca e analisi in collaborazione con Università di Genova, AASSLL, Enti locali, Ordini professionali, associazioni.

Il GLIS sostiene attività di verifica e promozione di interventi presso il Servizio Sanitario Regionale e le strutture erogatrici per individuare le criticità e promuovere l’adozione di percorsi di cura efficaci per i pazienti immigrati, attraverso l’interlocuzione con le amministrazioni comunali, con l’intento di promuovere lo sviluppo di buone pratiche a partire dalle istanze dei territori.

Portavoce: Nancy Soraya Scano

Contatto: gris.liguria@simmweb.it

GrIS Piemonte

Il GrIS Piemonte si è costituito nel 2009 in seguito ad alcuni precedenti incontri tra le figure che a livello istituzionale e/o di volontariato di occupano degli aspetti sociosanitari dell’immigrazione. L’obiettivo del gruppo è favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all’assistenza sanitaria degli immigrati partendo da ciò che unisce e valorizzando l’esperienza di ciascuno.

Il GrIS Piemonte svolge diverse attività, come: l’organizzazione di eventi formativi e informativi in collaborazione con altre realtà pubbliche e del privato sociale; monitoraggio della corretta applicazione della normativa per la tutela della salute della popolazione immigrata.

Il GrIS ha tre gruppi di lavoro stabili:

- il gruppo sullo studio, approfondimento e monitoraggio per l’applicazione della normativa;
- il gruppo per la tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati;
- il gruppo che cura la comunicazione esterna.

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Silvia Giorgis.

Contatto: gris.piemonte@simmweb.it

GrIS Lombardia

Il GrIS Lombardia nasce nel 2006. E' un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale di cui fanno parte circa 25 tra associazioni, strutture del privato sociale oltre a numerosi volontari e operatori di strutture sanitarie coinvolti a vario titolo e in varie forme nell'erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti delle persone immigrate indipendentemente dal loro status giuridico.

Finalità del GrIS è, in ultima analisi la promozione della salute del cittadino straniero, perseguendo i seguenti obiettivi:

- essere luogo in cui si raccolgono e diffondono capillarmente informazioni in particolare sugli aspetti normativi nazionali e regionali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati;
- Essere luogo di "messa in rete" di competenze e risorse sia di tipo assistenziale, sia formative, sia di tipo organizzativo;
- costituire una realtà unitaria che, partendo dall'analisi delle attività svolte, sappia essere propositiva in termini politico – organizzativi individuando le aree critiche nella tutela della salute;
- esercitare un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti locali e delle Direzioni delle varie Strutture Pubbliche. Per realizzare quest'ultimo obiettivo in questi anni si è avviata, come GrIS una difficile interlocuzione con la Regione Lombardia".

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Cristina Tantardini

Contatto: gris.lombardia@simmweb.it

GrIS Trentino

Il Gr.I.S. Trentino, Gruppo Immigrazione e Salute, si è costituito nel 2004 allo scopo di porre in rete operatori del sanitario, del sociale, del privato sociale e del volontariato per rispondere alle esigenze di salute delle persone immigrate e che vivono in condizione di emarginazione sociale.

Obiettivo primo del Gr.I.S. è di facilitare l'interazione tra vari Enti e Servizi, la promozione e l'integrazione di attività rivolte agli immigrati stranieri e alle persone in condizione di emarginazione sociale, la condivisione delle conoscenze e dell'esperienza maturata nell'operatività e la promozione di attività di studi e ricerche nel campo sanitario a favore di tale fascia di popolazione in Trentino. Fin dall'inizio ha promosso attività di formazione per operatori socio-sanitari che lavorano con la popolazione immigrata, necessaria per affrontare in modo adeguato e competente le problematiche che gli immigrati pongono.

Al Gr.I.S. Trentino nel 2017 aderiscono istituzioni pubbliche, cooperative del privato sociale, associazioni di immigrati e operatori dei servizi che operano a favore della salute degli immigrati e delle persone in condizione di emarginazione sociale in Trentino, per un totale di 64 soci.

- Cooperative e Associazioni: Fondazione Comunità Solidale di Trento - Unità di Strada; Cooperativa Sociale "Punto di Incontro" S.c.ar.l. onlus di Trento; Cooperativa Villa S. Ignazio onlus; AMIC – Associazione di Mediatori Interculturali di Trento; LILA Trentino onlus; Città Aperta Cooperativa di Mediatori Interculturali di Rovereto; Associazione Auto

- Mutuo Aiuto (A.M.A.) di Trento; Associazione Casa Accoglienza alla vita Padre Angelo; Centro Astalli; Associazione Trentina Accoglienza Stranieri (ATAS onlus);
- Associazioni di immigrati: Comunità Islamica del Trentino Alto Adige, Associazione Agorà; Associazione Cristiana Culturale degli Ucraini in Trentino;
- Istituzioni pubbliche: Centro Salute Mentale di Trento; Unità Operativa 1 di Psicologia Clinica di Trento; Servizio Attività Sociali del Comune di Trento;
- Singoli professionisti, sanitari e non, e persone che condividono la missione gli obiettivi dell'associazione e collaborano alle attività da essa realizzate. Molti soci collaborano agli ambulatori STP dell'Azienda Sanitaria.

Il GrIS partecipa alla Consulta Provinciale per la Salute (organo consultivo del Governo Provinciale), e al Forum Trentino per la pace.

Le principali attività del GrIS sono:

- monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo tra Stato, Regioni e la Province Autonoma di Trento sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera "recepito dalla Provincia Autonoma di Trento con Delibera 28/03/2013;
- partecipazione a eventi nazionali della SIMM, organizzazione di eventi formativi e seminari;
- assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale ostetrico-ginecologico a favore dei richiedenti protezione internazionale, ospitati nei centri di accoglienza ed appartamenti della Provincia di Trento, in Convenzione con l'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari;
- collaborazione con la Croce Rossa Italiana per l'assistenza ai richiedenti protezione internazionale negli ambulatori aziendali e nei Centri di Accoglienza;

Portavoce: Gianpaolo Rama.

Contatto: gris.trentino@simmweb.it

GrIS Veneto

Il GrIS del Veneto nasce nel 2008, su iniziativa di circa 25 operatori socio sanitari del settore pubblico, del privato sociale e dell'Università, provenienti da varie parti della regione, che hanno deciso di impegnarsi in rete per una reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato.

Il GrIS Veneto è composto da professionisti sociali e sanitari e attori del privato sociale, operatori dell'accoglienza, prevalentemente provenienti dai territori di Verona, Padova, Vicenza e Treviso, e lavora in rete con altre realtà impegnate per il diritto alla salute della popolazione immigrata.

Obiettivi condivisi sono:

- essere un luogo d'informazione in particolare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati;
- essere un luogo di 'messa in rete' di competenze e risorse sia di tipo assistenziali sia formative;
- essere propositivi in termini politico-organizzativi individuando aree critiche ed eventuali percorsi di tutela.

Portavoce: Chiara Postiglione

Contatto: gris.veneto@simmweb.it

GrIS Friuli Venezia Giulia

Il GrIS FVG è stato istituito nel 2008 ed è nato dalla frequentazione dei suoi componenti alla SIMM ed al Master sull'immigrazione a Roma (MEMP) e dal lungo e articolato lavoro svolto negli anni scorsi con l'"Osservatorio regionale per la salute dei migranti", che rischiava di andare disperso dopo l'abolizione della legge regionale sull'immigrazione conseguente all'insediamento della nuova giunta regionale nel 2008.

Nell'ambito del GrIS è stato formulato un regolamento ed esiste un Consiglio direttivo territoriale composto da 6 persone, è previsto inoltre un portavoce per ogni provincia che ha il compito di monitorare la realtà relativa all'accoglienza e la tutela della salute della popolazione e di riportare le problematiche rilevate.

Alcuni componenti del CD oltre ad una conoscenza generale e trasversale sulla salute e il benessere della popolazione migrante, presentano una competenza specifica in alcune aree tematiche (normative che regolano l'accesso e il diritto alle prestazioni sanitarie, approccio transculturale, salute donne, salute minori, tutela e accoglienza minori non accompagnati, richiedenti protezione internazionale, scenari socio demografici territoriali, formazione ecc.)

Nel corso degli anni il GrIS si è consolidato quale associazione di riferimento per la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari e della popolazione generale nell'ambito della salute e dell'accoglienza dei migranti, ha partecipato alla stesura e all'elaborazione di documenti regionali, attualmente è presente con alcuni suoi membri al Tavolo Regionale per la Salute degli Immigrati e al Tavolo per l'Accertamento dell'età dei MSNA.

Fa parte della Rete DASI Fvg (Rete Diritti Accoglienza Solidarietà Internazionale) e collabora con varie associazioni e reti di volontariato nelle diverse realtà territoriali.

Nell'ambito del GrIS esistono adesioni formali di associazioni, gruppi e enti e di singole persone il numero delle adesioni varia poco di anno in anno ed è collegato al numero di eventi formativi e alle occasioni d'iscrizione che si presentano in diversi momenti, le nuove iscrizioni bilanciano in generale il mancato rinnovo di alcune persone.

Il consiglio direttivo si riunisce regolarmente e lavora comunque continuamente in rete, le assemblee generali a cui partecipano tutti i soci vengono indette con cadenza generalmente trimestrale.

Portavoce: Claudia Gandolfi e Guglielmo Pitzalis

Contatto: gris.friuliveneziagiulia@simmweb.it

GrIS Emilia-Romagna

Il GrIS Emilia-Romagna nasce ufficialmente dall'incontro tra operatori dei servizi pubblici e rappresentanti di associazioni di volontariato attive nell'ambito della promozione e tutela del diritto alla salute per gli immigrati, in seno alla mobilitazione per la campagna "Noi non segnaliamo", partecipata mobilitazione contro la proposta di abrogare il divieto di segnalazione del Pacchetto Sicurezza, a cui hanno aderito numerose società scientifiche, ordini professionali, organizzazioni non governative, organizzazioni laiche e religiose, diverse Regioni e singole aziende sanitarie. Al GrIS Emilia-Romagna aderiscono associazioni di volontariato e del privato sociale che operano a favore della salute degli immigrati e delle persone in condizione di emarginazione sociale, operatori dei servizi socio-sanitari regionali, singoli cittadini.

Il GrIS Emilia-Romagna condivide gli obiettivi della SIMM, declinandoli a livello regionale; in particolare:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati;
- favorire attività volte a incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;
- costituire un forum per lo scambio di informazioni e metodologie in ambito di immigrazione e salute;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Marisa Calacoci

Contatto: gris.emiliaromagna@simmweb.it

GrIS Marche

Il GrIS Marche nasce nel 2014 da una rete di operatori, associazioni e persone impegnate da tempo nell'ambito della salute dei migranti. Al momento attuale conta più di 40 iscritti e diverse associazioni. Fin dall'inizio ha svolto le attività in collaborazione con Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute (ODS), inserito nelle attività dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Regione Marche.

Sono attivi quattro gruppi di lavoro, nei seguenti ambiti:

- Normativa: si occupa di questioni legali e di momenti di auto-formazione sul tema;
- Comunicazione: si occupa della divulgazione di eventi e posizioni del gruppo su particolari questioni;
- Formazione: lavora alla costruzione di eventi formativi;
- Salute: affronta i temi legati a salute, prevenzione e promozione.

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Margherita Angeletti

Contatto: gris.marche@simmweb.it

GrIS Toscana

Il GrIS Toscana è attivo dal 2011 e svolge, oltre ad interventi informativi, formativi e di lavoro di rete, azioni di *advocacy* per la tutela del diritto alla salute ed all'assistenza per i migranti, sia a livello di singole aziende sanitarie, che di intero sistema regionale.

E' composto prevalentemente dalle associazioni e cooperative locali che si occupano di assistenza ai migranti, ma anche da operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie e da alcune istituzioni locali.

Dal 2017, per favorire la partecipazione attiva di realtà dell'intero territorio regionale ed essere più attenti alle situazioni locali, il GrIS Toscana si è proposto di avere delle articolazioni a livello di area vasta, in linea anche con il processo di riordino del sistema sanitario regionale.

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Gavino Maciocco

Contatto: gris.toscana@simmweb.it

GrIS Lazio

Il GrIS Lazio nasce nel 1995 sull'onda di un'azione efficace di *advocacy* nei confronti delle istituzioni, in un momento storico in cui la società civile denuncia le criticità allora presenti rispetto all'assistenza sanitaria della popolazione immigrata, in particolare per le persone prive di permesso di soggiorno. L'esito positivo dell'azione di *advocacy* diventa l'occasione per operatori del privato sociale e del servizio pubblico di lavorare insieme per costruire proposte operative concrete sul tema. Nasce così il primo gruppo locale 'Immigrazione e Salute', sviluppando azioni di *advocacy* istituzionale per la piena attuazione del diritto alla salute per gli immigrati. Fin dall'inizio il GrIS Lazio ha costruito una stretta collaborazione con il Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati della Regione Lazio, lavorando su un "doppio livello partecipativo" che tiene insieme le azioni e le prospettive sia del GrIS che del tavolo istituzionale.

Negli anni il GrIS Lazio si è impegnato in diverse mobilitazioni, come la campagna "Noi non segnaliamo" e si è impegnato nella verifica della corretta applicazione della normativa in tutte le aziende sanitarie locali della regione (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere).

Il GrIS si riunisce con cadenza mensile.

Portavoce: Chiara Simonelli

Contatto: gris.lazio@simmweb.it

GrIS Campania

Il GrIS Campania è nato nel 2011 ed è composto da per la maggior parte da mediatori culturali, stranieri ed italiani, appartenenti a cooperative o organizzazioni del terzo settore (Dedalus, Fisiomedical, Caritas, Ex OPG), volontari di organizzazioni di rilevanza internazionale (Medici Senza Frontiere, Emergency, ASGI) e medici di struttura pubblica.

Sono rappresentate all'interno del GrIS quattro delle cinque province campane ed il lavoro principale finora effettuato è stato quello di rilevare le problematiche presenti nei vari territori e trovare le soluzioni sulla base del confronto che si sviluppa negli incontri.

Sono state intraprese azioni di *advocacy* per casi singoli ed è in corso un'azione per ottenere una coordinazione tra le tre istituzioni responsabili dell'erogazione del diritto all'accesso alla salute per i migranti regolari (Questura, Agenzia Entrate e ASL).

Il GrIS si riunisce con cadenza bimensile.

Portavoce: Luciano Gualdieri

Contatto: gris.campania@simmweb.it

GrIS Calabria

Il GrIS Calabria è nato nel 2012 con il sostegno di un Padre Scalabriniano della Parrocchia S. Agostino di Reggio Calabria e sin dalla sua istituzione ha coinvolto a vario titolo in termini di impegno operatori sanitari volontari, figure religiose, associazioni del volontariato e liberi professionisti.

Nell'ottica di creare a livello regionale una Rete che porti avanti le strategie della SIMM, dal 2016 con ufficializzazione nel 2017, il GrIS Calabria presenta una organizzazione operativa per Sezioni provinciali e sub-provinciali (5 Sezioni Provinciali e 4 sub-provinciali).

Attualmente il ruolo di Coordinatore del GrIS Calabria è affidato al Dott. Lorenzo Antonio Surace, Infettivologo e Responsabile del Centro di Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni del Presidio

Ospedaliero di Lamezia Terme, mentre il ruolo di Vice è affidato alla Dott.ssa Simonetta Neri, Farmacista a Pellaro in Provincia di Reggio Calabria.

Ogni Sezione ha una propria autonomia operativa e lavora in sinergia con il coordinamento regionale.

Le principali attività del GrIS Calabria, svolte a livello regionale, nelle sezioni provinciali e sub-provinciali, sono:

- Attività di Informazione e Formazione
- Interfaccia con Associazioni del Volontariato che operano in ambito immigratorio;
- Strategie per implementare le attività di accesso alle strutture sanitarie;
- Monitorare l'applicazione del Documento Stato-Regione sulla normativa;
- Curare i rapporti con i Centri di accoglienza e con la Rete Sprar;
- Creazione di un portale regionale dell'immigrazione.

Portavoce: Lorenzo Surace

Contatto: gris.calabria@simmweb.it

GrIS Puglia

La Puglia in una ricerca comparativa delle politiche per la salute degli immigrati condotta dall'Area Sanitaria della Caritas romana per conto del Ministero della Salute con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità e pubblicata nel 2010, risulta la regione in Italia con le politiche specifiche più avanzate ed attente. Gli autori hanno sottolineato come la ricerca abbia analizzato gli atti formali e ciò non significa che nella prassi effettivamente gli immigrati riescano a godere di specifiche attenzioni nell'accessibilità dei servizi e nel godimento dei loro diritti. Per questo alcuni operatori del settore pubblico e del volontariato sociale con specifica esperienza, hanno voluto costruire una rete locale, per monitorare il fenomeno e per promuovere una diffusa applicazione delle normative. L'esperienza del GrIS Puglia nasce nel 2013 e parte dalla provincia di Foggia: ad oggi conta numerose realtà e riesce a coprire parte del territorio pugliese.

Contatto: gris.puglia@simmweb.it

1.2 Soci SIMM di riferimento

Provincia autonoma di Bolzano

Il 28 marzo 2019 viene ufficialmente fondato il GrIS Alto Adige. L'analisi descritta nel capitolo seguente riporta le percezioni e l'esperienza del nucleo di persone che ha poi dato origine al GrIS. Questo si compone di professionisti sanitari, sociali, realtà del privato sociale ed esponenti del Comune di Bolzano.

Socio SIMM di riferimento: Dott. Maximillian Benedikter

Contatto: MAXIMILIAN.BENEDIKTER@sabes.it

Sardegna

In Sardegna non è attivo un vero e proprio GrIS, ma sono presenti dei soci SIMM e delle persone impegnate nell'ambito di salute e migrazione che operano in rete nei diversi territori. Questa rete si compone di operatori sociali e sanitari, realtà del terzo settore e sei servizi pubblici e mantiene attivo il confronto tra le esperienze che vi fanno parte.

Socia SIMM di riferimento: Dott.ssa Francesca Ena

Contatto: f.ena@tiscali.it

Sicilia

In Sicilia coesistono diverse reti di professionisti impegnati nell'ambito di salute e migrazione: un punto di riferimento a livello regionale è costituito dai servizi di Medicina delle Migrazioni dell'A.O.Policlinico P. Giaccone di Palermo. Inoltre la rete dei professionisti impegnati in tale ambito ha avuto modo di consolidarsi negli ultimi anni, in particolare nel corso del Progetto FAMI SILVER (Soluzioni Innovative per La Vulnerabilità E il Reinserimento sociale dei migranti).

Socio SIMM di riferimento: Dott. Mario Affronti

Contatto: marioaffronti@libero.it

2. CRITICITÀ E RISORSE DAI CONTESTI REGIONALI E PROVINCIALI: SCHEDE SINTETICHE DALL'ANALISI TERRITORIALE CONDOTTA CON I GRUPPI IMMIGRAZIONE E SALUTE (GrIS)

AREA NORD

Territorio di riferimento: Liguria

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 141.720*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 9,1*

Incidenza % donne: 52,3*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Albania (15,3)*

- Romania (14,6)*

- Ecuador (12,9)*

- Marocco (9,8)*

- Ucraina (3,6)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 4.685**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 233 (2,2%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24.05.2013 N. 585: Recepimento dell'Accordo Stato/Regioni del 20 dicembre 2012 sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Prov. Autonome.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Un aspetto critico riscontrato dagli operatori è **la disomogeneità con cui viene applicata la normativa rispetto all'accesso alle cure per la popolazione straniera** sul territorio regionale. Per quanto riguarda la popolazione priva di regolare permesso di soggiorno, che accede al servizio sanitario tramite codice STP, si segnala che:

- si verificano casi in cui il rilascio del codice STP avviene esclusivamente in seguito a certificazione medica che dichiara l'urgenza della prestazione;
- i minori figli di genitori privi di permesso di soggiorno non vengono regolarmente iscritti al SSR, nonostante le indicazioni sia regionali che nazionali.

Inoltre vengono evidenziate le difficoltà di avviare alcuni percorsi di presa in carico, in particolare i percorsi continuativi e di riabilitazione, in mancanza del requisito della residenza.

La **scarsa conoscenza della legislazione sanitaria in materia di immigrazione** da parte degli operatori dei servizi pubblici dà origine di numerosi casi di accesso negato alle cure: l'interpretazione discrezionale delle norme infatti porta all'adozione e al radicamento di prassi differenti all'interno dei servizi, e di conseguenza a diversi percorsi di accesso alle cure anche a fronte di situazioni simili.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

In molti casi, **l'iscrizione al SSR per i richiedenti protezione internazionale si rivela difficoltosa** nonostante il possesso dei requisiti necessari. Inoltre, non è garantita la continuità dell'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno, nelle quali diventa necessario ricorrere alla tessera STP.

Si segnala inoltre il fatto che l'**esenzione EP2**, il cui rilascio è previsto al momento dell'iscrizione al SSR per una durata di 180 giorni, **non viene regolarmente rilasciata**.

Rispetto al **riconoscimento e alla riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale**, non sono presenti percorsi di presa in carico strutturati all'interno del servizio pubblico, mentre sono attive delle progettualità a valere su fondi FAMl. Si evidenzia l'insufficiente preparazione negli ambiti della competenza culturale, dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica e culturale, sia tra gli operatori sanitari che quelli sociali impegnati nell'accoglienza. Si segnala che, in mancanza di strumenti capaci di interpretare la sofferenza in chiave antropologica e culturale, spesso si fa ricorso a percorsi di medicalizzazione, con prestazione non necessarie e spesso non risolutive. Viene inoltre sottolineato il fatto che, di fronte alla difficoltà di realizzazione del progetto migratorio e in assenza di percorsi risolutivi, le diagnosi dei problemi di salute mentale vengono rilasciate con maggiore frequenza, spingendo la persona ad adottare delle categorie di malattia che possono porre dei limiti al percorso di integrazione e di sviluppo di capacità autonome.

Infine, non sono presenti indicazioni regionali relative all'**accertamento multidisciplinare dell'età** per i minori stranieri non accompagnati.

Si segnala che la Regione Liguria è coinvolta nel Progetto I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) finanziato dall'Unione Europea, volto al migliorare la presa in carico sociale e sanitaria dei richiedenti protezione internazionale attraverso il

rafforzamento dei servizi territoriali e l'implementazione delle Linee Guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli" e sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura.

Ulteriori criticità riscontrate

Un aspetto critico relativo a diversi contesti di cura è legato alle **barriere linguistico-culturali** che le persone incontrano nei servizi. In assenza di servizi volti al superamento di tali barriere, non viene garantita l'equità di accesso alle cure, cosa che diventa più evidente alla luce della crescente discriminazione che le persone immigrate subiscono anche all'interno dei servizi.

Viene sottolineata la **carenza della programmazione socio-sanitaria volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione immigrata**. Si segnala la mancanza di consapevolezza e la difficoltà di lettura, da parte degli operatori dei servizi, delle barriere d'accesso, legate alla carenza di strumenti valutativi e di monitoraggio su questi aspetti, la cui adozione potrebbe supportare la programmazione socio-sanitaria e la promozione della salute.

Territorio di riferimento: Piemonte

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 423.506*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 9,7*

Incidenza % donne: 52,5*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (35,0)*

- Marocco (12,7)*

- Albania (9,7)*

- Cina (4,7)*

- Perù (2,8)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 10.899**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 307 (2,8%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

La Giunta Regionale ha istituito nel 1996 i Centri di Informazione Salute Immigrati (I.S.I.) presso le Aziende Sanitarie Locali, con lo scopo di coordinare l'organizzazione dei servizi sanitari rivolti agli stranieri non in regola. I Centri di Informazione Salute Immigrati si occupano prevalentemente di:

- funzioni di informazione, promozione, educazione sanitaria e formazione permanente;
- primo accesso al servizio sanitario e orientamento;
- registrazione dei dati e redazione di statistiche.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

REGIONE PIEMONTE BU30 26/07/2012, Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2012, n. 24-4081: Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane – Recepimento Regione Piemonte.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

È presente un protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta concernente il riconoscimento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Una criticità importante rispetto all'accesso alle cure per la popolazione immigrata riguarda la **salute della donna e la tutela della maternità consapevole**: permangono differenze tra i servizi rispetto alle forme di presa in carico della donna in gravidanza, all'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza e alla contraccezione gratuita. Sono numerosi gli episodi in cui, a causa di difficoltà di accesso ai servizi per svolgere, le donne fanno ricorso a circuiti informali per svolgere una IVG, senza godere di adeguate di forme di tutela. In molti casi, alla base delle difficoltà di accedere ai servizi vi è l'alto livello di discrezionalità adottato da parte degli operatori, che rappresenta di conseguenza un determinante dell'accesso differenziato ai servizi e di diseguali esiti in salute.

La discrezionalità degli operatori dà origine a procedure disomogenee presso le anagrafi sanitarie in occasione dell'**iscrizione al SSR o del rilascio dei codici STP**: a fronte di situazioni simili si possono avere esiti diversi, e spesso diventano dirimenti delle lettere di accompagnamento o la presenza di persone esperte in materia di legislazione sanitaria in materia di immigrazione.

Si segnala il fatto che in alcune situazioni **viene richiesto un documento di riconoscimento al momento del rilascio del codice STP**, contrariamente a quanto previsto dalla normativa.

Infine viene messo in evidenza il fatto che si verificano situazioni in cui **decade l'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno**, con conseguente ricorso alla tessera STP e interruzione della continuità delle cure.

Per le persone di area Schengen spesso è impossibile dar assistenza con STP prima dei tre mesi di presenza, cosa che crea molte difficoltà specie in caso di richiesta di IVG.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Rispetto alla presa in carico sanitaria della popolazione richiedente protezione internazionale, si evidenzia il fatto che **le vaccinazioni non vengono eseguite allo stesso modo su tutto il territorio regionale**: in alcuni contesti vengono svolte le vaccinazioni antitetanica e antipoliomielite, mentre in altri viene rispettato il calendario vaccinale del paese ospite.

In alcuni territori viene svolto lo screening per le malattie sessualmente trasmissibili, spesso senza che la persona che effettua l'esame sia adeguatamente informata dagli operatori della struttura di accoglienza: questo aspetto pone una **questione etica sull'effettivo consenso informato** che il paziente dà allo svolgimento delle indagini. Inoltre, il controllo delle procedure sanitarie da parte delle strutture di accoglienza e la mediazione degli operatori confliggono con il **rispetto della privacy** sullo sui dati sanitari e sullo stato di salute della persona accolta nei centri di accoglienza.

Per quanto riguarda il **riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale**, è possibile accedere al servizio prestato da alcuni professionisti esperti nel settore, ma **non sono presenti indicazioni regionali** per la costruzione di percorsi formali.

Rispetto all'accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati, è stato stilato un protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Ulteriori criticità riscontrate

Si segnala il fatto che in alcune occasioni si verifica un'incompatibilità tra i sistemi informatici utilizzati in ambito sanitario, che prevedono campi predefiniti da completare, e i codici utilizzati per accedere alle prestazioni:

- è tuttora complicato iscrivere al SSR i coniugi per le coppie omosessuali;
- è tuttora complessa la registrazione anagrafica delle persone transessuali.

Infine vengono sottolineati i limiti all'accesso alle cure essenziali e continuative dovuti all'assenza del requisito della residenza.

Territorio di riferimento: Lombardia

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 1.153.853*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 11,5*

Incidenza % donne: 51,3*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (14,9)*

- Marocco (8,1)*

- Albania (8,0)*

- Egitto (7,0)*

- Cina (5,8)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 17.967**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 875 (8,1%***)

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale: assente.

Presenti atti di allineamento su alcuni aspetti.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Viene evidenziato come principale elemento di criticità il **mancato riconoscimento dell'Accordo Stato Regioni del 2012**. Sono presenti atti formali che definiscono l'accesso alle cure per alcune parti della popolazione straniera e che danno indicazioni per la presa in carico di alcune categorie ma non definiscono modalità operative rivolte alla totalità della popolazione immigrata.

Alcuni esempi:

- rispetto all'iscrizione dei minori, nella deliberazione n° XI / 1046 del 17/12/2018, si parla di "iscrizione dei minori stranieri irregolari al SSR senza assegnazione del Pediatra di Libera

Scelta (PLS)” ma attraverso “l’ammissione degli stessi al regime delle visite occasionali del PLS; al pediatra viene riconosciuto un compenso di euro 25,00”. “Al compimento del 14° anno di età e fino al compimento del 18° anno, i minori potranno accedere anche ai Medici di Medicina Generale (MMG) con le stesse modalità previste per l’accesso ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con un rimborso di euro 15,00 per ogni accesso ai MMG.”

- Un elemento di forte criticità è riconducibile al fatto che la Regione **non ha adottato il codice ENI** per le prestazioni volte ai cittadini comunitari non iscritti al SSN. Queste persone, in assenza di modalità per l’accesso ai servizi di medicina di base, hanno trovato nel servizio di pronto soccorso la porta d’accesso alle cure.

Ancora nella deliberazione n° XI / 1046 del 17/12/2018, si dice che “I regolamenti comunitari prevedono che un cittadino dell’Unione Europea che si trovi in altro paese privo di TEAM o eventuale certificato sostitutivo provvisorio o altri formulari di attestato di diritto e quindi nell’impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell’assistenza sanitaria con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto, diventa titolare della nota di credito per le prestazioni ottenute. La struttura erogatrice provvede quindi all’emissione diretta della nota di credito al cittadino per le prestazioni rese. Al momento della presentazione di un certificato sostitutivo provvisorio che garantisca sulla copertura economica delle prestazioni rese nei periodi in cui l’evento si è verificato (certificato presentato successivamente dal cittadino o pervenuto dall’istituzione estera competente), la nota di credito può essere annullata ed addebitate solo le eventuali quote di compartecipazione previste per i cittadini iscritti al SSN; in questo caso dalla ATS territorialmente competente verrà emessa fattura nei confronti della istituzione estera che ha rilasciato l’attestato attraverso il sistema ministeriale di fatturazione.

Si sottolinea che i cittadini comunitari hanno diritto, a carico delle proprie istituzioni estere, alle sole prestazioni indifferibili ed urgenti, le prestazioni non urgenti non sono a carico della istituzione estera del cittadino.

Tra le prestazioni indifferibili ed urgenti si intendono incluse quelle previste al comma 3, dell’art. 35 del D.Lgs. 25/07/1998 n. 286:

- . la tutela della maternità e l’interruzione volontaria della gravidanza;
- . la tutela della salute dei minori;
- . le vaccinazioni;
- . gli interventi di profilassi internazionale;
- . la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Per queste sole prestazioni, in caso di indigenza dichiarata, la nota di credito non deve essere emessa, ma deve essere richiesto all’istituzione estera di iscrizione il certificato sostitutivo provvisorio o altro attestato di diritto.”

Si sottolinea inoltre che i **cittadini europei non iscritti sono tenuti a sostenere le spese per le prestazioni sanitarie, anche in caso di accesso al pronto soccorso, tutela della maternità e assistenza sanitaria ai minori**. Gli operatori riconoscono che a monte di queste indicazioni c’è il fatto che le prestazioni rivolte ai cittadini comunitari non vengono rimborsate da un apposito fondo dello Stato, ma sono a carico delle Regioni.

- Altri elementi di criticità sono presenti nell’ambito dell’**assistenza primaria rivolta alle persone extra-comunitarie prive di regolare permesso di soggiorno**, che accedono alle cure tramite tessera STP. Per queste persone si riscontrano numerose difficoltà di accesso alle cure:

- i servizi pubblici dedicati a questa attività sono insufficienti e non rispondono in modo adeguato al bisogno di salute di questa popolazione;
 - il personale sanitario impiegato spesso presta il proprio servizio volontariamente;
 - in alcuni casi, le persone vengono prese in carico da tali servizi solo a seguito di una segnalazione da parte degli ambulatori del privato sociale;
 - non è previsto il rilascio preventivo del codice STP;
 - in alcuni casi il codice STP non viene rilasciato all'accesso in pronto soccorso;
 - si segnalano casi in cui il codice STP non viene rilasciato in assenza di documenti identificativi.
- Per la popolazione extra-comunitaria priva di iscrizione al SSN, la mancata possibilità di accedere a un regolare servizio di medicina di base comporta conseguenti **difficoltà di accesso anche alla medicina specialistica e agli accertamenti strumentali e/o di laboratorio** e alla presa in carico continuativa da parte delle strutture sanitarie preposte. Viene quindi a mancare la possibilità di garantire in modo uniforme sul territorio regionale i percorsi diagnostici e terapeutici completi per questa platea di persone.
 - Ne è un esempio il fatto che l'**esenzione E30** (esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica) non viene applicata alle persone immigrate, indigenti, non iscritte al SSN ma affette da patologia cronica certificata da un medico specialista. Parte del problema è legato al fatto che il sistema elaborato da Lombardia Informatica non prevede la possibilità di registrare i pazienti non iscritti al SSN: non esiste cioè la possibilità di registrare i codici STP e/o le persone che ne sono titolari. Ne consegue una limitazione nell'accesso a farmaci e presidi sanitari per le persone con patologie croniche.
 - In altre situazioni si verificano casi in cui il **codice di esenzione X01** viene utilizzato esclusivamente per le prestazioni sanitarie a scopo diagnostico e non per la spesa farmaceutica.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Le principali criticità in questo ambito si riferiscono alla notevole **disomogeneità dei percorsi di presa in carico sociale, psicologica e sanitaria rivolti alla popolazione richiedente protezione internazionale**. Viene sottolineata la disuguaglianza esistente tra i percorsi di cura delle persone inserite nel progetto SPRAR (con iscrizione al SSR e assegnazione del medico di medicina generale) e gli ospiti dei CAS (alcuni con iscrizione al SSR e medico di medicina generale, altri con medico interno al servizio) in assenza di un'organizzazione omogenea sul territorio regionale. In alcuni centri sono presenti percorsi di presa in carico psicologica, prevalentemente nel contesto di progettualità specifiche a valere su fondi FAMI: non sono presenti quindi percorsi di presa in carico strutturati all'interno del servizio pubblico, in particolare per le persone in condizioni di vulnerabilità psicologica e sociale. Si evidenzia la difficoltà di inviare queste persone ai servizi territoriali di salute mentale, a causa del sovraccarico dei servizi stessi e della insufficiente preparazione negli ambiti della competenza culturale, dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica e culturale.

Viene sottolineato inoltre come i CAS non siano luoghi adatti ad ospitare persone in condizioni di vulnerabilità, che in assenza di percorsi di supporto adeguati rischiano il deterioramento delle

condizioni psicologiche e sanitarie, con il conseguente aumento della domanda di cura e della sua complessità.

Il tema della **competenza culturale** emerge come aspetto critico anche rispetto ad altre figure professionali, come i medici di medicina generale e i mediatori linguistico-culturali. In assenza di una formazione adeguata volta a interpretare l'espressione della sofferenza secondo altri modelli di riferimento (oltre a quello biomedico), spesso si ricorre ad approfondimenti diagnostici superflui e non risolutivi.

Emerge inoltre la **difficoltà di applicare le Linee Guida “I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli” in assenza di indicazioni regionali**: alcuni test di screening possono essere prescritti in regime di esenzione per misure di profilassi (es. malattie sessualmente trasmissibili), mentre non è possibile svolgere indagini microbiologiche i cui test non sono disponibili nei comuni laboratori di analisi, ma sono prevalentemente dotazione di centri specialistici con fini di ricerca. Viene infine segnalato il fatto che anche **per la popolazione richiedente protezione internazionale si verificano difficoltà al momento dell'iscrizione al SSR**, che spesso vengono superate con la presenza di operatori competenti in materia di legislazione sanitaria.

Inoltre la continuità delle cure non viene garantita **nei periodi di rinnovo del permesso di soggiorno**, nei quali è **necessario ricorrere all'utilizzo del codice STP** per accedere alle prestazioni sanitarie.

Ulteriori criticità riscontrate

Un aspetto riscontrato in molte occasioni è l'**elevato livello di discrezionalità degli operatori** dei servizi nell'affrontare i vincoli descritti finora, cosa che dà origine a esiti anche molti diversi e conseguenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi. In molte situazioni, la presenza o meno di un accompagnatore esperto in materia ha un'influenza decisiva sull'esito delle procedure, aumentando il divario tra le singole situazioni.

Questo aspetto è conseguente alla **carenza di indicazioni operative regionali uniformi** e dalla **frammentarietà delle prassi adottate**, sia a livello delle singole aziende sanitarie che dei singoli operatori.

Infine viene evidenziato come elemento di criticità il fatto che molte questioni relative alla difficoltà di accesso alle cure della popolazione immigrata, non siano affrontate in modo risolutivo all'interno del servizio pubblico; in questi casi **diventa necessaria la presenza del privato sociale**, in assenza del quale non sono presenti percorsi in grado di rispondere ai bisogni sociali e sanitari della popolazione in questione.

Territorio di riferimento: Veneto

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 487.893*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 9,9*

Incidenza % donne: 52,8*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (25,2)*

- Marocco (9,3)*

- Cina (7,1)*

- Moldavia (7,0)*

- Albania (6,9)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 2.578**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 322 (3,0%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

La sezione Flussi Migratori della Regione Veneto coordina la programmazione regionale di settore (Piano Triennale e Programma Annuale), tramite processo di concertazione territoriale nelle sedi dedicate della Consulta regionale per l'immigrazione, rappresentativa in particolare di Associazioni impegnate nel campo delle migrazioni iscritte al Registro Regionale Immigrazione e del Tavolo Unico regionale di coordinamento sull'immigrazione, rappresentativo delle parti sociali e del sistema delle autonomie locali.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale assente.

Presenti atti di allineamento

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

In diversi contesti **si riscontrano difficoltà rispetto al rilascio del codice ENI** per i cittadini comunitari non iscrivibili. Inoltre si sono verificati casi in cui la Regione non ha provveduto al rimborso alle Aziende Sanitarie per prestazioni rivolte a persone con tessera ENI.

Infine, **non viene garantita l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra di libera scelta ai minori figli di genitori privi di regolare permesso di soggiorno.**

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Il protocollo regionale attivo da ottobre 2014 non viene applicato in tutte le province. Un importante elemento di criticità che emerge la **carenza del personale del servizio pubblico impegnato nella presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale**: la presa in carico è focalizzata prevalentemente sulla ricerca di malattie infettive in fase acuta, non vengono ricercate altre condizioni morbose come indicato dalle linee guida nazionali e **non riescono a essere svolte con regolarità le vaccinazioni indicate dal protocollo regionale.**

I tempi di formalizzazione della richiesta di protezione internazionale sono spesso lunghi, e in tale finestra di tempo la presa in carico sanitaria è svolta con tessera STP, la cui validità (due mesi) spesso non è sufficiente a coprire il periodo di attesa. In questo periodo, l'assistenza sanitaria è svolta prevalentemente da personale volontario del terzo settore. In questa È attivo un percorso facilitato per effettuare lo screening infettivo-parassitologico presso l'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (VR).

Non sono presenti indicazioni regionali rispetto al riconoscimento e riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, e la presa in carico di persone con condizioni di vulnerabilità sociale, psicologica e psichiatrica risulta insufficiente rispetto al bisogno. Viene sottolineata la necessità di rafforzare i servizi sviluppando le competenze nell'ambito dell'etnopsichiatria e della competenza culturale.

Non sono presenti indicazioni regionali rispetto all'attuazione del protocollo multidisciplinare per il riconoscimento dell'età per i minori stranieri non accompagnati.

Ulteriori criticità riscontrate

Una criticità diffusa sul territorio è la carenza del **servizio di mediazione linguistico-culturale**, non sufficientemente strutturato all'interno dei servizi pubblici.

Inoltre, si riscontra con frequenza la **scarsa conoscenza della normativa sull'accesso alle cure per la popolazione straniera**: l'assenza di circolari operative e di un coordinamento regionale per l'implementazione della normativa porta all'adozione, da parte degli operatori sanitari, di prassi anche molto diverse, che via via si consolidano anche in assenza di riferimenti legislativi e in modo disomogeneo sul territorio regionale.

Territorio di riferimento: Provincia autonoma di Trento

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 46.929*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 8,7*

Incidenza % donne: 53,4*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (22,0)*

- Albania (11,9)*

- Marocco (8,0)*

- Pakistan (5,9)*

- Ucraina (5,5)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza in Trentino Alto-Adige al 31/01/2019: 2.978**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 32 (0,3%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera:

Non esiste un sistema di governance specifico per la salute della popolazione straniera, che viene omologata alla autoctona. Non esiste un ambulatorio dedicato agli STP, eccetto che per i richiedenti protezione internazionale. Gli stranieri con STP possono accedere ad ogni MMG, che può venir rimborsato direttamente dall'assessorato per la prestazione effettuata. I MMG talora incontrano difficoltà di comprensione/comunicazione con l'utenza straniera, e si sentono poco formati ad un approccio transculturale.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Provincia autonoma di Trento, Delib. n. 576 del 28-03-2013: Accordo, 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 sul documento recante "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 - Pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Suppl. Ordinario n. 9) – recepimento.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Le principali criticità evidenziate dagli operatori sono relative alla **scarsa conoscenza della normativa sull'accesso alle cure per la popolazione straniera**, aspetto che porta all'adozione, da parte dei servizi di prassi che via via si consolidano anche in assenza di riferimenti legislativi.

In particolare si segnalano le difficoltà relative al **rilascio del codice STP**: in molte occasioni, presso le anagrafi sanitarie **vengono richiesti dei documenti di riconoscimento**, in virtù di un controllo sul rilascio stesso delle tessere STP, che talvolta viene negato. Venendo meno per queste persone la possibilità di accedere alle cure primarie, l'unica porta d'accesso ai servizi rimane il pronto soccorso, che viene quindi utilizzato impropriamente.

Questo aspetto desta notevole preoccupazione rispetto ai vincoli che potrebbero verificarsi al momento del rilascio della tessera STP per le persone che, in seguito all'attuazione della Legge 132/18, potrebbero perdere o non avere diritto a un regolare permesso di soggiorno.

Inoltre, un elemento critico che viene sottolineato è relativo al fatto che persistono **ambiguità rispetto alle prestazioni a cui i cittadini europei comunitari non iscritti hanno diritto tramite codice ENI**.

Infine viene segnalata la poca chiarezza rispetto all'**utilizzo dei codici di esenzione**, in particolare per le persone con codici STP ed ENI.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Viene segnalato che l'**ambulatorio STP**, che secondo il Protocollo di Accoglienza ed Assistenza sanitaria ai Richiedenti Protezione Internazionale dell'Azienda sanitaria Provinciale deve coprire la domanda di assistenza sanitaria nel periodo che va dall'arrivo sul territorio all'iscrizione obbligatoria al SSR, è diventato **punto di riferimento per questioni più complesse** e non solo per l'assistenza sanitaria nella fase di prima accoglienza. Il personale dell'ambulatorio, prevalentemente volontario, si occupa infatti delle **certificazioni medico-legali per le vittime di violenza intenzionale**, dato che non sono presenti altri servizi strutturati deputati e competenti su questi aspetti.

Si segnala quindi il bisogno di **ampliare la formazione sui nuovi bisogni di salute** che la popolazione richiedente protezione internazionale ha portato, e di rafforzare la competenza sugli aspetti culturali di salute e malattia. Viene evidenziata infatti la carenza di approcci di etnopsichiatria e antropologia medica e culturale nella costruzione dei percorsi di presa in carico, in particolare per le persone con sofferenza psicologica e psichiatrica.

Anche **la presa in carico socio-sanitaria delle donne viene in molte occasioni delegata all'ambulatorio STP**, che ha sviluppato rispetto ad altri contesti delle competenze specifiche anche rispetto al riconoscimento precoce delle mutilazioni genitali femminili e di altre pratiche dannose. Oltre a questa competenza specifica, è stato riscontrato il fatto che le donne straniere,

anche una volta iscritte regolarmente al SSR, hanno incontrato nei servizi difficoltà di accesso sia al Percorso nascita sia all'interruzione volontaria di gravidanza, e sono state prese in carico dall'ambulatorio STP.

Infine, non ci sono indicazioni per l'attuazione del **protocollo per l'accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati**, che viene tutt'ora svolto con RX del polso sinistro e valutazione pediatrica, con possibilità di richiedere una consulenza presso una struttura privata convenzionata di Milano nei casi in cui la procedura non dia determinante.

Ulteriori criticità riscontrate

Una criticità importante e trasversale è l'**insufficiente competenza sulla legislazione sanitaria in materia di immigrazione** diffusa all'interno dei servizi pubblici, con la conseguente adozione di prassi non definite da riferimenti normativi e che sono spesso dipendenti dalla discrezionalità degli operatori. Se l'utente straniero non è ben consapevole dei propri diritti e non è "accompagnato" da un operatore informato, le risposte che ottiene dai funzionari sono talora negative o di "complicazione" e dissuasione, anche a fronte di un diritto sancito.

Inoltre è comune a diversi contesti di cura la necessità di costruire strumenti multidisciplinari per la presa in carico della salute e della malattia per la popolazione straniera, rafforzando il servizio di **mediazione linguistico-culturale**, ampliando la formazione ai temi della competenza culturale e costruendo équipe multidisciplinari per rispondere alla complessità dei bisogni di salute, in particolare per le persone in condizioni di vulnerabilità.

Territorio di riferimento: Provincia autonoma di Bolzano

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 48.018**

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 9,1*

Incidenza % donne: 52,8*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Albania (11,1)*

- Germania (9,2)*

- Marocco (7,0)*

- Pakistan (7,0)*

- Romania (6,6)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza in Trentino Alto-Adige al 31/01/2019: 2.978**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 71 (0,7%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

Gli organi coinvolti nella governance della salute della popolazione straniera sono l'Assessorato alla sanità, la Direzione della Ripartizione politiche sociali, la Direzione ufficio prestazioni sanitarie, e per l'Azienda Sanitaria la Direzione ufficio gestione distretti sanitari.

È stato istituito un Tavolo di coordinamento profughi, composto da un rappresentante dell'Azienda sanitaria (responsabile per la salute dei profughi), dal Commissariato di Governo, dalla Questura di Bolzano, dalla Protezione civile, dal Direttore ripartizione sociale e da rappresentanti del terzo settore (Caritas e Associazione Volontarius).

È attivo l'ambulatorio STP situato nel Ospedale di Bolzano – un servizio sanitario situato nella Direzione Medica, che detiene rapporti operativi con l'Istituto Igiene, servizio psichiatrico, Dermatologia, Malattie infettive ed il servizio di Pneumotisiologia territoriale.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale assente.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti a una nascente rete per la salute con il supporto di alcuni soci SIMM di riferimento

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Una delle principali criticità riscontrate è relativa alla **mancata iscrizione al SSP dei minori figli di genitori senza regolare permesso di soggiorno**.

Inoltre, **non viene garantita la validità dell'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale nelle more di rinnovo del permesso di soggiorno**; dal 01.09.2018 le persone che vengono iscritte obbligatoriamente al SSP fino alla scadenza del permesso di soggiorno, hanno diritto a 60 giorni di prolungamento del periodo di validità dell'iscrizione.

Si segnala inoltre il **difficoltoso accesso ai presidi sanitari e alla protesica**, necessari alle cure continuative ed essenziali, per le persone prive di regolare permesso di soggiorno.

Infine, viene evidenziata la disomogeneità delle prassi che vengono messe in atto dagli operatori, in assenza di una diffusa conoscenza della legislazione sanitaria in materia di immigrazione; in particolare si segnala la difformità presente a livello aziendale nelle pratiche di rilascio del codice STP.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Sono presenti delle indicazioni operative che la presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, volte prevalentemente al controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria, che non sono state aggiornate tramite recepimento delle linee guida nazionali.

È inoltre attiva la procedura aziendale per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati, come previsto dalla normativa d.p.c.m. n. 234/16. Non sono presenti indicazioni regionali relative al riconoscimento e alla riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale.

Un aspetto critico rilevato consiste nella mancanza di coordinamento tra il Tavolo di coordinamento profughi e gli operatori sanitari in riferimento ai trasferimenti dalla prima alla seconda accoglienza. Questo passaggio diviene complesso in mancanza di un sistema informatico aziendale che permetta la registrazione e la trasmissione dei dati sanitari, nel rispetto della privacy e della tutela dei dati sensibili.

Infine, si rileva la frammentarietà delle procedure di presa in carico sociale e sanitaria per i profughi che non provengono da sbarchi (i cosiddetti profughi fuori quota), che rimangono ai margini del sistema dei servizi e vengono supportate prevalentemente da realtà del privato sociale, anche quando sono presenti condizioni di vulnerabilità.

Territorio di riferimento: Friuli Venezia Giulia

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 106.652*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 8,8*

Incidenza % donne: 52,3*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (23,1)*

- Albania (9,1)*

- Serbia (6,5)*

- Ucraina (5,0)*

- Marocco (3,8)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 4.396**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 785 (7,3%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

L'area immigrazione in Friuli Venezia Giulia è di competenza dell'Assessorato delle autonomie locali, sicurezza, immigrazione, politiche comunitarie e corregionali all'estero e dell'area salute dell'Assessorato alla salute, politiche sociali e disabilità, delegato alla protezione civile, che esplicano le loro attività tramite le loro rispettive Direzioni Centrali Regionali.

All'interno della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, le aree coinvolte a pieno titolo nella tutela della salute dei migranti sono l'Area Promozione salute e prevenzione e l'Area Politiche sociali. Tra gli otto enti del SSR, alcuni hanno nominato dei referenti per le attività di tutela della salute degli immigrati, generalmente afferenti al Dipartimento di Prevenzione, Area Igiene Pubblica; alcuni enti non hanno identificato referenti o strutture deputate.

La Direzione Centrale Salute ha istituito un **Tavolo regionale per la salute dei migranti** di cui all'art. 21 della legge regionale n. 99 del 17 novembre 2015 " Norme per l'integrazione sociale delle persone straniere immigrate". Fanno parte del Tavolo referenti territoriali e/ ospedalieri nominati dalle aziende sanitarie, funzionari delegati della Direzione Centrale Salute e rappresentanti del Gruppo Immigrazione e Salute. Il Tavolo rileva e analizza problematiche relative alla salute della popolazione immigrata e poi propone soluzioni operative alla area promozione salute e prevenzione della Direzione Regionale.

Infine, il DGR n. 826 del 13 maggio 2016, facendo seguito all'art. 11 c. 2 della L.R. 31/2015, ha istituito il **Tavolo Istituzionale regionale sulla protezione internazionale**, attraverso il quale la Regione partecipa all'attuazione delle strategie operative nazionali e all'elaborazione delle strategie regionali nell'ambito del diritto d'asilo e nelle azioni di tutela contro la tratta e ogni forma di schiavitù. I componenti stabili del Tavolo sono soggetti istituzionali e soggetti del privato sociale che abbiano stipulato con le Prefetture accordi per l'affidamento di servizi di accoglienza/assistenza per cittadini richiedenti protezione.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Deliberazione dalla Giunta regionale, Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, Area prevenzione e promozione della salute, Delibera n 1147-2013: Recepimento dell'accordo stato regioni n. 255/csr del 20/12/2012: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome"

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Presenti atti che recepiscono le indicazioni nazionali su:

- Linee guida "I controlli alla frontiera/la frontiera dei controlli"
Protocollo regionale per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale: aggiornamento febbraio 2018
- Accertamento multidisciplinare per l'accertamento dell'età per i minori stranieri non accompagnati: è in atto un percorso per la formalizzazione del protocollo e l'individuazione di équipe multidisciplinari.

Non è presente il recepimento formale delle linee guida sul riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Un aspetto significativo evidenziato dagli operatori è la **disomogeneità esistente rispetto all'assistenza primaria rivolta alla popolazione immigrata priva di permesso di soggiorno**, che non può essere iscritta al SSR: nonostante vi siano indicazioni regionali secondo le quali ogni azienda sanitaria deve dotarsi di un ambulatorio dedicato, l'assistenza primaria per queste persone assume forme organizzative diverse a seconda della realtà territoriale di riferimento. Vi sono quindi contesti in cui sono attivi gli ambulatori dedicati, altri in cui sono state stipulate delle convenzioni con il privato sociale, altri a gestione totale del privato sociale a titolo volontario, altri ancora risultano scoperti di questo servizio.

Un ulteriore elemento critico, è relativo al fatto che **i minori possono effettuare l'iscrizione al SSR esclusivamente in possesso del codice fiscale**, condizione che è presente solo in determinate situazioni (nati in Italia e figli di genitori che hanno perso il regolare permesso di soggiorno), situazione peraltro analoga a quello che avviene su tutto il territorio nazionale

Viene segnalato che molte barriere di accesso ai servizi sono determinante dalla **scarsa conoscenza della legislazione sanitaria in materia di immigrazione**, in assenza della quale si verifica, all'interno dei servizi, un'interpretazione discrezionale delle norme, con la conseguente adozione di prassi differenti da operatore a operatore, che determinano diseguali esiti nell'accesso

alle cure e in salute. Questo aspetto risulta particolarmente valido per i cittadini europei non iscritti: permangono infatti molte ambiguità interpretative rispetto alle prestazioni a cui il codice ENI dà diritto.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Nonostante sia stato prodotto un protocollo regionale nel 2015 e aggiornato nel 2018 che include le indicazioni relative all'assistenza sanitaria ai richiedenti al momento dell'arrivo, permane una grossa **difformità rispetto alle procedure adottate** dai diversi territori rispetto **alle prime valutazioni sanitarie**. Il protocollo privilegia i controlli sanitari programmati, che per essere efficaci devono svolgersi in un contesto di accoglienza che garantisca in ogni fase il rispetto della dignità umana, che garantisca salubrità e condizioni igienico-sanitarie adeguate e setting di cura tutelanti e facilitanti. Contrariamente a quanto indicato, si verificano, in alcuni territori, delle procedure di prima accoglienza sanitaria fondate su un approccio allarmistico e volte al contenimento delle malattie. Viene sottolineato inoltre che, laddove l'assistenza sanitaria è garantita interamente dal servizio pubblico, il personale sanitario coinvolto e le risorse stanziare sono insufficienti rispetto al bisogno di salute.

Emblematico il ruolo di riferimento regionale svolto da oltre 20 anni dalla Struttura di Medicina Sociale del Dipartimento di Prevenzione di Udine dove i percorsi di prima accoglienza sanitaria, rivolti ai migranti richiedenti la protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, sono ben strutturati e consolidati, e si sono nel tempo adeguati ai mutamenti dei fenomeni migratori e delle situazioni logistiche, qualche volta anticipando le linee guida nazionali e i protocolli regionali. Con la presenza del mediatore linguistico-culturale, è previsto un primo percorso per tutti gli stranieri accolti, sia presso gli hub di "prima accoglienza") che nella successiva fase di "accoglienza diffusa". Il servizio di "medicina sociale" offre anche l'assistenza primaria a coloro che, italiani o stranieri, per motivi diversi, non possono beneficiare dell'iscrizione negli elenchi di un medico di medicina generale (STP, ENI , senza fissa dimora).

Si segnala che, in molti casi, le procedure di richiesta di protezione internazionale non vengono avviate fintanto che non sono stati svolti i primi accertamenti sanitari, sostenendo in questo modo le misure di contenimento delle malattie infettive anziché di presa in carico socio-sanitaria. Inoltre, in particolare per le persone che rientrano in Italia secondo il Trattato di Dublino III, vige l'impossibilità di formalizzare la domanda di protezione nel corso dei primi tre mesi dal reingresso sul territorio nazionale: di conseguenza non è possibile procedere con l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del medico di medicina generale, e si accede all'assistenza sanitaria solo tramite tessera STP, minori compresi.

Rispetto alle procedure per l'**accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati**, è stato istituito un tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione di una delibera per l'attivazione delle équipes multidisciplinari composte da pediatra, assistente sociale, psichiatra/psicologo e mediatore indipendente, secondo le indicazioni nazionali. Al momento attuale, le richieste di determinazione dell'età che pervengono dalla Procura vengono svolte tramite RX del polso sinistro ed eventuale visita pediatrica

Infine, **non sono presenti percorsi strutturati né un tavolo di lavoro regionale per il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale**. Al momento dell'emersione di sofferenza psicologica e psichiatrica, le persone vengono indirizzate ai Centri di Salute Mentale, ma non sono presenti competenze specifiche né percorsi di formazione sui temi del riconoscimento e della presa in carico delle vittime di tortura, sia dal punto di vista medico-

legale che di salute mentale. Si segnala la costituzione a Udine di un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'individuazione e rapida presa in carico di soggetti richiedenti la protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità; ne fanno parte operatori sanitari di distretto/dipartimenti prefettura ed enti gestori.

Ulteriori criticità riscontrate

Un elemento critico che si presenta in numerosi contesti di cura è la fruizione **del servizio di mediazione linguistico-culturale**, strutturalmente presente e diffuso in tutte le aziende sanitarie, che hanno stipulato, con il contributo della Regione FVG, convenzioni pluriennali con le associazioni di mediatori, ma non sempre utilizzata al meglio o adeguatamente, dagli operatori dei servizi, come nel caso dei M.M.G. Viene inoltre sottolineata l'esigenza di ampliare la formazione degli operatori sociali e sanitari rispetto ai temi della competenza culturale e degli specifici bisogni di salute di cui, in particolare i soggetti più vulnerabili, sono portatori.

Altro aspetto riscontrato con frequenza è la **scarsa conoscenza della normativa sull'accesso alle cure per la popolazione straniera da parte degli operatori del servizio pubblico**: l'alto turn-over del personale del front office e la carente formazione su questi temi danno origine a interpretazioni discrezionali della normativa, che portano al consolidamento di prassi che non hanno fondamenti legislativi.

Inoltre, la disomogenea organizzazione dell'assistenza primaria per le persone non iscrivibili al SSR ha portato il privato sociale ad assumere un ruolo importante, anche in ambiti che dovrebbero rimanere di competenza del servizio pubblico. Viene sottolineato come **la tutela e la promozione della salute**, in particolare per le persone in condizioni di vulnerabilità, **debbano essere garantite dal sistema pubblico delle cure**, e di come i valori fondanti dell'istituzione del SSN, come l'equità e l'universalismo, debbano essere il riferimento nell'organizzazione e nella programmazione sanitaria. Queste riflessioni vengono condivise anche in merito alla preoccupazione relativa alle conseguenze della Legge 132/18, che determinerà l'aumento dell'esclusione sociale, con la perdita per molte persone dell'accesso ai servizi sociali e sanitari e il conseguente ricorso a servizi organizzati su base volontaria.

La preoccupazione per l'attuale momento storico e politico viene sottolineata anche in merito al depotenziamento progressivo che interessa il sistema sanitario pubblico, incluso il sistema regionale di governance per la salute pubblica: questo diviene evidente in virtù della complessità territoriale del Friuli Venezia Giulia, che dà origine a contesti locali molto disomogenei, con specifici profili demografici e bisogni di salute, nei quali prendono forma risposte e forme di organizzazione socio-sanitaria diverse tra loro.

AREA CENTRO

Territorio di riferimento: Emilia-Romagna

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 535.974**

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 12,0*

Incidenza % donne: 53,2*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (17,0)*

- Marocco (11,3)*

- Albania (10,7)*

- Ucraina (6,1)*

- Cina (5,5)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 11.222**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 792 (7,3%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

In Regione Emilia-Romagna, la competenza per i temi di salute e migrazione è di pertinenza dell'Assessorato politiche per la salute e in particolare del Servizio Assistenza Territoriale.

La Determinazione n. 14601 del 30/10/2015 ha istituito un Gruppo tecnico interassessorile immigrazione, che coinvolge più direzioni e servizi della Regione Emilia-Romagna ed è coordinato dal Servizio Politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e terzo settore dell'Assessorato politiche di welfare e politiche abitative.

La Delibera di Giunta GPG/2018/937 proposta dal Servizio Assistenza Territoriale e dalla Direzione generale cura della persona, salute e welfare "Accordi tra associazioni o organizzazioni di volontariato e/o Onlus presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna, convenzionate con le aziende Ausl, finalizzati all'assistenza sanitaria a categorie fragili presenti nel suo territorio e modalità di versamento del contributo volontario per cittadini stranieri" (finalizzata alla stipula di convenzioni tra le Aziende Sanitarie e il privato sociale), istituisce un gruppo di lavoro regionale costituito dai rappresentanti delle Associazioni o Organizzazioni di Volontariato e/o Onlus presenti sui vari territori della Regione che hanno stipulato accordi con le Aziende Sanitarie, dalle Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna al fine di monitorare l'applicazione della Delibera in ambito aziendale, nonché individuare criticità ed eventuali azioni migliorative e dà le indicazioni di rateizzazione del contributo per l'iscrizione volontaria per cittadini stranieri.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo (Stato – Regioni n. 281 del 2012), tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale assente.

Presenti atti di allineamento.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo regionale Immigrazione e Salute Emilia Romagna della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni GrIS-ER

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

La Regione Emilia-Romagna si è finora opposta al recepimento dell'Accordo Stato Regioni: sono presenti numerosi atti di allineamento, che in assenza di una cornice univoca di riferimento vengono applicati in modo disomogeneo sul territorio regionale.

Anche in presenza di indicazioni regionali, la **scarsa conoscenza della legislazione sanitaria** in materia di immigrazione fa sì che gli operatori dei servizi sanitari, in particolare delle anagrafi sanitarie e dei punti di accettazione adottino delle prassi lavorative fondate sulla **discrezionale interpretazione della normativa**. Questo determina, anche a fronte di situazioni simili, percorsi di cura anche molto differenti con diseguali esiti in salute, in cui spesso diventa dirimente la presenza di accompagnatori esperti sulla normativa.

In diverse situazioni **non avviene il rilascio preventivo del codice STP**, che viene quindi assegnato solo in presenza di condizioni urgenti su valutazione degli operatori delle anagrafi sanitarie. In altre situazioni, le anagrafi sanitarie negano il rilascio del codice STP alla persona che è presente sul territorio nazionale da più di sei mesi, sostenendo erroneamente che questo codice può essere assegnato solo per i primi sei mesi di permanenza in Italia.

Viene messo in evidenza il fatto che si verificano situazioni in cui **decade l'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno**, con conseguente ricorso alla tessera STP e interruzione della continuità delle cure.

Inoltre, su tutto il territorio regionale **non è considerato valido il codice di esenzione X01**.

Si segnala inoltre che permangono molte **ambiguità rispetto alle prestazioni a cui il codice ENI dà diritto**. Facendo riferimento sempre alle prestazioni con codice ENI, era stato avviato un percorso per estendere l'assegnazione del pediatra di libera scelta ai minori con tessera ENI, che per ora non è giunto a conclusione.

Vengono sottolineate inoltre le **difficoltà di accesso al percorso nascita e alla tutela della maternità consapevole** per le donne migranti, alle quali non vengono sempre garantite tutte le prestazioni previste dai protocolli regionali .

Si segnala inoltre la **disomogeneità esistente rispetto all'assistenza primaria rivolta alla popolazione immigrata che non ha diritto all'iscrizione al SSR**, che assume forme organizzative diverse a seconda delle indicazioni delle Aziende locali di riferimento. Vi sono quindi contesti in cui queste persone hanno all'assegnazione del medico di medicina generale, altri in cui sono attivi gli ambulatori dedicati, altri in cui sono state stipulate delle convenzioni con il privato sociale, altri a gestione totale del privato sociale a titolo volontario. All'interno di questo scenario, anche laddove l'organizzazione delle cure primarie è volta alla piena integrazione del cittadino straniero, si rileva la carenza dei percorsi informativi volti a sviluppare la conoscenza del diritto alla salute e l'orientamento al servizio sanitario.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Parte delle criticità relative alla salute dei richiedenti protezione internazionale sono riconducibili alle caratteristiche proprie dell'Hub regionale Centro Mattei e al rapporto tra Hub, servizi territoriali e strutture di seconda accoglienza. **L'Hub regionale**, struttura deputata alla prima accoglienza con elevata capienza e con servizi essenziali, allo stato attuale ha **tempi di permanenza molto lunghi e ospita persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria, sociale, psicologica e psichiatrica**, pur non rappresentando un luogo adatto alla presa in carico di tali condizioni. Nonostante il notevole allungamento dei tempi di permanenza, il Centro non ha visto l'implementazione delle procedure di prevenzione come vaccinazioni, screening della infezione tubercolare latente, altri programmi di medicina preventiva, alla pari delle strutture di seconda accoglienza. Inoltre, essendo il Centro Mattei un luogo deputato al transito, è difficoltoso avviare percorsi coi servizi territoriali che garantiscono, laddove necessario. Un altro ordine di criticità è la **continuità dell'assistenza nel trasferimento dall'Hub ai territori di destinazione**: non è presente un sistema informatico regionale che garantisca il trasferimento dei dati sanitari (esiste una check list informatica utilizzata dal personale dell'Hub). La trasmissione dei dati è mediata da prefetture ed enti gestori: non è tutelato il passaggio di dati sensibili, e inoltre accade che la documentazione sanitaria venga perduta, interrompendo la presa in carico e causando la ripetizione di esami, visite, ritardi diagnostici e terapeutici.

Rispetto alle barriere amministrativo-burocratiche di accesso alle cure, si verificano molte situazioni, sulla base della discrezionalità degli operatori dell'anagrafe sanitaria, in cui **viene negata l'iscrizione al SSR quando viene esibito il documento di formalizzazione della domanda di protezione internazionale**. Inoltre, dall'entrata in vigore del Decreto 113/18 i servizi dell'anagrafe sanitaria non procedono con l'iscrizione al SSR delle persone a cui vengono rilasciati i permessi di soggiorno per motivi speciali. Questo ha già determinato la necessità di fare ricorso ai servizi di assistenza primaria dedicati alle persone non iscrivibili al SSR. Inoltre, la negazione della residenza ai richiedenti protezione internazionale comporta il mancato accesso a servizi e presidi necessari a garantire le cure essenziali e continuative.

Si segnala inoltre la **complessità delle relazioni tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti** (amministrazioni locali, questure, Agenzia delle Entrate, Servizio Sanitario), in particolare in caso di imprecisioni sui dati anagrafici registrati erroneamente, cosa che comporta ritardi nel rilascio dei documenti e spesso incompatibilità con i requisiti per l'iscrizione al SSR, anche laddove questa sia prevista dalla normativa.

Una ricerca condotta dai Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva delle Scuole di Bologna, Modena e Ferrara, dal GrIS-ER e lo staff sanitario dell'Hub regionale ha evidenziato che i livelli assistenziali e le misure di salute pubblica indicati nelle normative regionali del 2014 e 2015 (prima visita, screening TBC attiva e latente, vaccinazioni, tutela della gravidanza,

dei minori, accesso alla medicina preventiva, prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza) sono attuati da tutte le AUSL; manca tuttavia il recepimento dell'aggiornamento come indicato nelle linee guida nazionali "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli". A questo proposito, il Progetto FAMI I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) è volto al recepimento delle indicazioni nazionali sulle procedure sanitarie e sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura. Inoltre è attivo il Progetto FAMI START-ER 2 (Salute Tutela e Accoglienza dei Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna) volto prevalentemente alla rilevazione e alla presa in carico di persone in condizioni di vulnerabilità psicologica e psichiatrica, incluse le vittime di violenza intenzionale. Si rileva tuttavia la necessità di coordinare le progettualità in atto affinché le sperimentazioni e i percorsi di presa di cura che questi progetti propongono, possano entrare a sistema nella programmazione sanitaria, superando la frammentazione di esperienze puntuali e tangenziali ai sistemi di cura.

Infine, **non sono presenti indicazioni regionali rispetto all'accertamento multidisciplinare dell'età** per i minori stranieri non accompagnati e si verificano procedure differenti in base al territorio di riferimento.

Ulteriori criticità riscontrate

La **scarsa conoscenza della normativa** tra gli operatori del SSR e l'**adozione di pratiche discrezionali** spesso trova una risoluzione grazie alla presenza di accompagnatori esperti della materia: tuttavia, anche in presenza di un esito positivo motivato dall'approfondimento delle norme, generalmente non si giunge al superamento del vincolo in maniera sistematica e univoca per tutto il servizio.

Una considerazione a monte della disomogeneità riscontrata a livello territoriale è riconducibile alla decentralizzazione alle Aziende Sanitarie Locali, che per alcuni aspetti godono di una buona autonomia organizzativa, mentre su altri rimangono in attesa di indicazioni regionali. **L'ambiguità relativa** al fatto che la **competenza di procedure specifiche** sia in carico alla Regione o alle Aziende Sanitarie Locali provoca situazioni di stallo da un punto di vista formale, senza giungere a iniziative risolutive e con il conseguente instaurarsi di prassi differenti nei diversi servizi territoriali.

Nonostante, sul piano formale, il **sistema di governance regionale** sia articolato in diversi tavoli di coordinamento, si registra una **scarsa operatività** degli stessi e una collaborazione molto debole dell'istituzione regionale con le realtà territoriali del terzo settore, contrariamente a quanto stabilito nella recente Delibera di Giunta relativa alla stipula di accordi con associazioni e organizzazioni di volontariato. Rispetto all'articolazione del sistema di *governance* nel settore sanitario pubblico, viene sottolineato come **non siano presenti in tutte le ASL delle figure o degli uffici di riferimento per i temi di salute e migrazione**, che abbiano la competenza di svolgere attività di analisi dei bisogni di salute e di programmazione sanitaria.

Infine si segnala la **necessità di portare alla luce le difficoltà di accesso ai servizi** che la popolazione immigrata incontra, attraverso la sperimentazione di strumenti di analisi del bisogno e la documentazione delle barriere d'accesso, con lo scopo di integrare questi elementi nella programmazione sociale e sanitaria.

Territorio di riferimento: Toscana

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 408.463*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 10,9*

Incidenza % donne: 53,1*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (20,7)*

- Albania (15,3)*

- Cina (12,8)*

- Marocco (6,5)*

- Filippine (3,2)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 9.208**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 474 (4,4%)**

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

In Regione Toscana, il coordinamento delle iniziative volte alla tutela e alla promozione della salute dei migranti fa capo, come indicato nella Legge n. 28/2015 di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, al Centro di Salute Globale, che afferisce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze.

A livello territoriale, in ognuna delle tre Aziende Usl (Centro, Nord-ovest e Sud-est) è stata nominata una figura di riferimento aziendale per le tematiche di salute e migrazione, che a sua volta collabora con i referenti per questi temi nei diversi distretti.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Giunta Regionale, Direzione Generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", Delibera N 1139 del 09-12-2014: Recepimento Accordo Stato Regioni 20 dicembre 2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome": approvazione nuove Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

È in atto un processo regionale per la produzione di indicazioni relative alla presa in carico socio-sanitaria delle persone richiedenti protezione internazionale che tiene in considerazione le linee guida e le indicazioni nazionali.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Una criticità sollevata dagli operatori è il fatto che, al momento del recepimento formale dell'Accordo Stato Regioni, sono state trasmesse **linee guida regionali che per alcuni aspetti si discostavano da quanto sancito nell'Accordo stesso**. Per esempio le linee guida regionali includevano la necessità dell'indicazione medica per richiedere il rilascio del codice STP per le persone prive di regolare permesso di soggiorno. Essendo tale indicazione in contrasto il contenuto del testo approvato in Conferenza Stato Regioni, questo ha provocato l'adozione di prassi differenti nelle diverse Aziende Sanitarie, e nonostante siano state emanate successivamente delle circolari per chiarire tale ambiguità, tuttora si verificano episodi in cui il codice STP non viene rilasciato sulla base della domanda o preventivamente, ma viene richiesta la certificazione medica dell'effettivo bisogno dell'accesso alle cure.

Un altro aspetto che viene messo in luce è il fatto che, nonostante la normativa regionale dia indicazione per l'assistenza da parte del medico di medicina generale delle persone con tessera STP, tuttora una parte dei professionisti sanitari, anche tra gli stessi MMG, non ne è a conoscenza e per questa popolazione persistono difficoltà di accesso alla medicina di base.

Viene sottolineato inoltre il fatto che **i minori figli di genitori privi di regolare permesso di soggiorno accedono alle cure con tessera STP e non vengono iscritti al SSR** con contestuale assegnazione del pediatra di libera scelta, anche se poi viene garantita di fatto la piena assistenza dei minori in condizione di irregolarità giuridica.

Per quanto riguarda i cittadini europei comunitari non iscritti, si evidenzia il fatto che **persistono ambiguità rispetto alle prestazioni a cui hanno diritto le persone con codice ENI**, determinando percorsi di presa in carico differenti tra i vari contesti territoriali, spesso basati sulla discrezionalità degli operatori sanitari che vi prestano servizio.

La **variabilità nell'applicazione delle indicazioni normative dell'Accordo tra i diversi contesti locali**, anche all'interno di una stessa azienda, rappresenta una delle principali criticità regionali.

Infine viene sottolineato come il **requisito della residenza** per alcune prestazioni, per i presidi e per la protesica, in molte occasioni **limiti l'accesso a cure essenziali e continuative**.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Le principali criticità evidenziate in quest'ambito sono relative al fatto che, nella fase dell'aumento degli arrivi di richiedenti protezione internazionale, nei territori **sono state implementate differenti forme di presa in carico sanitaria** per la fase di prima accoglienza: in alcuni contesti questa si è basata prevalentemente sulla sorveglianza sindromica, in altri sono stati aperti degli ambulatori dedicati con il coinvolgimento di medici di medicina generale competenti sui temi della migrazione, della competenza culturale e del riconoscimento di segni e sintomi indicativi per violenza subita e tortura. La proposta di estendere tale modello di presa in carico finora non ha avuto seguito. È

stato comunque avviato un percorso che ha portato alla costruzione di una scheda sindromica informatizzata gestita dall’Agenzia Regionale della Sanità Toscana, che permetterebbe di monitorare lo stato di salute delle persone al momento dell’arrivo e che ad oggi è in via di attivazione. È inoltre in corso un altro processo per la produzione di indicazioni regionali relative alla presa in carico socio-sanitaria delle persone richiedenti protezione internazionale, che include le linee guida e le indicazioni nazionali.

Rispetto all’accertamento multidisciplinare dell’età per i minori stranieri non accompagnati, sono stati avviati dei percorsi di collaborazione con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, ma tuttora non sono presenti atti di recepimento formale del protocollo.

In merito al riconoscimento e riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, non sono stati finora attivati dei servizi dedicati, e la presa in carico della sofferenza psicologica e psichiatrica è prevalentemente affidata alle équipes multidisciplinari costruite nell’ambito del Progetto Sistema di Protezione INTerdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati (SPRINT) finanziato con fondi FAMI, che si avvale della collaborazione con realtà del privato sociale.

Si segnala che la Regione Toscana è coinvolta nel Progetto I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) finanziato dall’Unione Europea, volto al migliorare la presa in carico sociale e sanitaria dei richiedenti protezione internazionale attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali e l’implementazione delle Linee Guida “I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli” e sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura.

Ulteriori criticità riscontrate

Tra gli elementi di criticità trasversali riscontrati più frequentemente vi è **la difformità delle prassi che vengono adottate nei servizi socio-sanitari**, in particolare per le questioni in cui sono carenti indicazioni operative emanate a livello regionale.

Si evidenzia come la **competenza del personale amministrativo sui temi della legislazione sanitaria in materia di immigrazione** sia un aspetto particolarmente critico nell’accesso alle cure per la popolazione straniera, per il quale emerge la necessità di ampliare la formazione e la collaborazione.

Inoltre, viene sottolineato come il **servizio di mediazione linguistico-culturale non sia sufficientemente strutturato**, dando origine a barriere d’accesso alle cure anche in presenza del rispetto della normativa. Per le fasce più vulnerabili della popolazione immigrata, l’accesso ai servizi sanitari e in particolare all’assistenza primaria rimane complesso e in assenza di strumenti e approcci alla salute e alla malattia capaci di includere le persone più svantaggiate, queste tendono a rivolgersi impropriamente ai servizi di pronto soccorso al momento del bisogno.

Rispetto al **sistema di governance regionale**, viene riconosciuto il fatto che la Regione Toscana ha adottato un modello innovativo, che tuttavia **necessita di essere rafforzato** per portare a compimento l’obiettivo generale del coordinamento regionale ed aziendale sui temi di salute e migrazione e le specifiche finalità relative ad alcune progettualità avviate, per superare le criticità tuttora presenti nell’accesso e nell’organizzazione dei servizi e per mettere a sistema alcune buone pratiche sperimentate in alcuni contesti territoriali, contrastando così la variabilità osservata. A questo proposito, si sottolinea infine che la riforma del Sistema Sanitario Toscano del 2015 ha indebolito complessivamente la struttura organizzativa delle aziende sanitarie e in particolare i servizi e le iniziative più fragili, come quelli dedicati alle popolazioni vulnerabili e volte alla promozione della salute.

Territorio di riferimento: Marche

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 136.045**

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 8,9*

Incidenza % donne: 54,5*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (19,3)*

- Albania (11,7)*

- Marocco (7,8)*

- Cina (7,0)*

- Rep. Di Macedonia (5,0)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 3.554 **

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 155 (1,4%)***

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 ("Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"), modificata con LR n. 17/2010, LR n. 17/2011 e LR n.8/2017. L'ASUR nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta Regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta. L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra Ex Zone confinanti.

L'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute (ODS), inserito nelle attività dell'**Agenzia Regionale Sanitaria (ARS)** della **Regione Marche** e dal 2000 svolge numerose attività:

- conduce indagini sullo stato di salute dei gruppi vulnerabili - con particolare riguardo agli immigrati – e sulla adeguatezza dei servizi, a supporto della programmazione sanitaria;
- propone indicazioni normative regionali; registra ed interviene per contrastare le discriminazioni nell'accesso ai servizi e alle cure nei confronti degli immigrati;
- crea e sostiene gruppi di lavoro tematici di professionisti del Servizio Sanitario;
- realizza percorsi di formazione/azione per gli operatori del SSR con lo scopo di migliorarne il funzionamento e di ridurre le diseguaglianze nella salute;
- promuove la mediazione interculturale;
- svolge azione di *partnership* con soggetti istituzionali e no profit e di *advocacy*.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento presente.

Giunta Regionale, Del. N 275/IX: Monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Presente documento regionale con indicazioni per la presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

Agenzia Regionale Sanitaria, Decreto N. 56/ARS, Approvazione del documento informativo "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e degli operatori dell'accoglienza".

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Le principali criticità riscontrate dagli operatori sul campo sono relative all'**erogazione delle cure per persone con tessera STP**: in alcuni territori **il servizio pubblico è limitato** e non risponde sufficientemente ai bisogni di salute della popolazione non in regola con il permesso di soggiorno, che viene colmato da realtà del privato sociale. Inoltre tali servizi vivono un alto turn-over dei professionisti impiegati, e questo aspetto non permette di costruire gruppi di lavoro stabili con competenze crescenti, né di costruire un rapporto fiduciario tra medici e pazienti.

Inoltre vengono evidenziate le **difficoltà di avviare percorsi di presa in carico continuativi e di riabilitazione, laddove la residenza anagrafica rappresenta un requisito fondamentale** per accedere alle cure.

Si verificano casi in cui **non viene rilasciato il codice STP** anche a fronte di condizioni che necessitano la presa in carico sanitaria. In questi casi le persone vengono re-inviolate agli ambulatori STP, che sono accessibili in fasce orarie limitate. Questi casi vengono riscontrati sempre con maggior frequenza.

Un'ulteriore aspetto critico è rappresentato dal fatto che le procedure di rilascio del codice STP e del codice ENI presso le anagrafi sanitarie possono incontrare ostacoli amministrativi, dovuti all'**insufficiente conoscenza della legislazione sanitaria** in materia di immigrazione.

Viene sottolineata infine l'emergenza di tali problematiche, in vista del prossimo aumento di persone che perderanno i requisiti per la regolare permanenza in Italia e dovranno rivolgersi ai servizi a bassa soglia come conseguenza della Legge 132/18.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Una delle principali criticità evidenziate dagli operatori è la mancanza di strumenti per affrontare i bisogni di salute che la popolazione richiedente protezione internazionale porta, e per affrontare la percezione diffusa nella popolazione generale sul contenimento dei rischi di trasmissione di malattie infettive. Il documento elaborato dalla Regione Marche dà importanti indicazioni sulla presa in carico sanitaria e su aspetti di sanità pubblica, ma non copre altri temi come il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale e l'accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati.

Viene sottolineata la necessità di approfondire e rafforzare le conoscenze e competenze su diversi aspetti della presa in carico sociale, sanitaria e psicologica, in quanto attualmente **i servizi pubblici presenti e competenti in materia, soprattutto rispetto alla presa in carico di vittime di tortura, non coprono il bisogno esistente**. In assenza di strutture e competenze adeguate, le persone in condizioni di vulnerabilità psicologica e psichiatrica sono seguite da operatori che non hanno sufficienti strumenti per gestire situazioni complesse, e che al contrario spesso affrontano, inclusa la somministrazione di farmaci.

Ulteriori criticità riscontrate

Un elemento critico trasversale a diversi contesti di cura è **l'accesso al servizio di mediazione linguistico-culturale**, non sufficientemente strutturato all'interno dei servizi pubblici e quindi spesso legato a progettualità specifiche e collaborazioni.

Un ulteriore aspetto riscontrato con frequenza è la **scarsa conoscenza della normativa sull'accesso alle cure per la popolazione straniera da parte degli operatori del servizio pubblico**: in diverse occasioni questo comporta casi in cui viene negato il diritto alla salute anche in presenza dei requisiti necessari all'accesso cosa che la maggior parte delle volte trova una risoluzione grazie alla presenza di accompagnatori esperti in materia di legislazione sanitaria.

Viene inoltre evidenziato **l'aumento di episodi di discriminazione** subiti da parte della popolazione immigrata, da parte sia di operatori sanitari che da parte degli altri utenti dei servizi.

Una percezione condivisa da operatori provenienti anche da contesti territoriali diversi è il fatto che vi sia, da parte delle istituzioni locali, la **tendenza a delegare all'Osservatorio sulle Disuguaglianze della Salute le questioni relative all'immigrazione**, senza che vengano avviati percorsi locali di superamento delle criticità.

Altra considerazione generale emersa dagli operatori è legata alle politiche del lavoro, che non favoriscono l'insediamento di professionisti giovani all'interno dei servizi pubblici e non supportano i professionisti motivati rispetto alla tutela e promozione della salute delle popolazioni in condizioni di vulnerabilità.

Territorio di riferimento: Lazio

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 679.474*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 11,5*

Incidenza % donne: 51,6*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (34,3)*
- Filippine (6,8)*
- Bangladesh (5,4)*
- India (4,3)*
- Cina (3,7)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 11.480**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 761 (7,1%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

La Regione Lazio istituisce dal 2002 il Gruppo di lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, rinnovato ogni tre anni circa, istituzionalizzando una collaborazione con operatori socio sanitari esperti nel campo in essere già dal 1995; il gruppo è composto da professionisti delle strutture pubbliche e del privato sociale come supporto tecnico-specialistico dell'Assessorato alla Salute per:

- definire gli interventi socio-sanitari per la tutela e la promozione della salute degli immigrati;
- monitorare la corretta applicazione, sul territorio della Regione Lazio, della normativa nazionale e regionale vigente;
- raccogliere informazioni e proposte da parte di enti ed organismi a vario titolo competenti o interessati;
- fornire suggerimenti nell'ambito della pianificazione e della programmazione specifica.

Presenza di indicazioni regionali di recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale: presente

Decreto del Commissario ad Acta 8 marzo 2013, n. U00077

Recepimento dell'Accordo, 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 sul documento recante: "Indicazioni per

la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale: presente

Deliberazione n. 590 del 16.10.2018: Approvazione del documento concernente "Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale".

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

La Regione Lazio pone molta attenta alle questioni aperte rispetto alla salute della popolazione immigrata ed è a conoscenza delle criticità esistenti di seguito presentate, sulle quali è impegnata per individuare strategie di superamento.

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Nonostante il recepimento formale, viene rilevata una discrepanza tra le norme e le prassi attuate dagli operatori dei servizi sanitari, che possono causare vincoli all'accesso alle cure e alla fruibilità dei servizi.

Gli aspetti critici riscontrati con maggiore frequenza sono relativi alla **mancata iscrizione obbligatoria al SSR** nonostante siano presenti i requisiti previsti dalla normativa: questo accade prevalentemente nelle procedure di iscrizione nella fase di rilascio del permesso di soggiorno e di iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani. Gli operatori segnalano casi in cui viene negata l'iscrizione al SSR a minori figli di genitori privi di permesso di soggiorno e la mancata assegnazione del pediatra di libera scelta.

Un altro aspetto riscontrato con frequenza è il **ricorso al codice STP in modo improprio come conseguenza di vincoli burocratico-amministrativi che non permettono l'iscrizione anagrafica**, in particolare per la popolazione richiedente protezione internazionale. Questa modalità operativa rappresenta una strategia che diversi operatori mettono in campo, in particolare nei casi in cui è incompleta la documentazione necessaria all'iscrizione obbligatoria (codice fiscale e residenza anagrafica), nonostante lo status giuridico delle persone sia compatibile con l'iscrizione al SSR. La numerosità di tali episodi rileva quindi dei vincoli al diritto alla salute derivanti dalla complessità delle relazioni tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti (amministrazioni locali, questure, Agenzia delle Entrate, Servizio Sanitario), che comporta ritardi nel rilascio dei documenti e che nella prassi si traduce in incompatibilità con i requisiti per l'iscrizione al SSR, anche laddove questa sia prevista dalla normativa.

Si evidenzia il fatto che, a fronte di situazioni simili, la **discrezionalità degli operatori** impiegati nell'anagrafe sanitaria nell'affrontare i vincoli finora descritti, dà esiti anche molto diversi tra loro. Inoltre, elemento incisivo sulla procedura di rilascio della tessera sanitaria per la persona immigrata è la presenza o meno di un accompagnatore esperto in materia.

Un altro aspetto rilevato dagli operatori è la **minore fruizione dei programmi di prevenzione da parte della popolazione straniera**: in questo fenomeno, ampiamente documentato in letteratura,

viene sottolineato il fatto che il buon esito di tali programmi è dipendente dalla disponibilità e dalla motivazione dei singoli operatori sanitari. Viene inoltre segnalato il mancato accesso ai programmi di vaccinazione per minori a cui è stata negata l'iscrizione al SSR e che hanno fatto ricorso alla tessera STP.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Un aspetto rilevato con frequenza dagli operatori è la **mancata iscrizione al SSR nonostante la presenza dei requisiti previsti**, e la conseguente assegnazione del codice STP nelle prime fasi del percorso di accoglienza. Questa procedura, di conseguenza, non dà diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per i primi mesi di presenza in Italia, come previsto dalla normativa.

Viene inoltre sottolineata la **mancanza di percorsi di formazione e informazione rivolti alla popolazione richiedente protezione internazionale** rispetto al diritto alla salute e al funzionamento del SSR.

Si segnala che la Regione Lazio è coinvolta nel Progetto I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) finanziato dall'Unione Europea, volto al migliorare la presa in carico sociale e sanitaria dei richiedenti protezione internazionale attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali e l'implementazione delle Linee Guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli" e sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura.

Ulteriori criticità riscontrate

Viene data molta importanza alla **difficoltà di accesso al servizio di mediazione culturale in sanità**. L'esperienza degli operatori rileva il fatto che la mediazione culturale rappresenta un servizio non sufficientemente strutturato, spesso legato a progettualità puntuali, non adeguatamente finanziato e con conseguente copertura insufficiente del bisogno nella pratica interna al servizio.

Un altro aspetto di grande criticità rilevato dagli operatori è la **scarsa formazione in materia di normativa sul diritto alla salute della popolazione immigrata del personale del front office**, in quanto personale dipendente da un servizio esterno al SSR e quindi non coinvolto in percorsi formativi organizzati sul tema nel passato, che però rappresenta il punto di accesso ai servizi sanitari per la popolazione.

Un tema centrale emerso è il progressivo **definanziamento del SSR e l'impoverimento sul piano delle risorse umane**: il pensionamento di diversi professionisti con competenza ed esperienza sul tema della salute della popolazione immigrata, senza un progressivo inserimento di nuove risorse, non garantisce la continuità di percorsi avviati e il loro miglioramento.

Parzialmente legata agli aspetti precedenti, viene sottolineata la **difficoltà di rispondere a indicazioni che sono volte a migliorare la tutela della salute della popolazione immigrata**, per le quali non vengono stanziati risorse economiche aggiuntive.

Viene sottolineata infine l'**assenza di un coordinamento tra numerosi progetti a valere su fondi FAMI**: alcuni operatori sono coinvolti in progettualità che presentano obiettivi sovrapponibili, pur afferendo a progetti diversi. Questo aspetto rappresenta due livelli di criticità:

- l'assenza di un coordinamento delle azioni previste dai progetti, con conseguente moltiplicazione delle stesse e lo spreco di risorse umane ed economiche;
- la temporalità delle azioni previste dai progetti e la scarsa capacità di integrare nel sistema dei servizi i percorsi sostenuti dai progetti stessi.

Territorio di riferimento: Sardegna

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 54.224*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 3,3*

Incidenza % donne: 51,3*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (26,2)*

- Senegal (8,9)*

- Marocco (8,0)*

- Cina (6,2)*

- Ucraina (4,7)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 2.578**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 181 (1,7%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno***
Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

Con la D.G.R. n.1/9 del 12/01/2016 la Regione Sardegna ha disposto la costituzione di un gruppo di lavoro interassessoriale coordinato dalla Presidenza, che comprende gli Assessorati del Lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale, dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, dell'Agricoltura e riforma agro-pastorale, della Pubblica istruzione, beni culturali, informazione, spettacolo e sport, del Turismo, artigianato e commercio, degli Enti locali, finanze e urbanistica, Assessorato della difesa dell'ambiente, la Direzione Generale Protezione Civile e l'Agenzia regionale per il lavoro, aperto al contributo di altre eventuali strutture regionali. Tale gruppo ha il compito di porre in essere, nel rispetto delle indicazioni e degli indirizzi adottati dalla Giunta regionale, ogni utile adempimento per favorire un'efficace politica regionale in materia di migrazione.

La Giunta regionale ha approvato la Deliberazione n. 57/2 del 22.12.2017 avente ad oggetto "Individuazione del referente politico per la gestione dei flussi migratori non programmati, istituzione dell'unità di progetto denominata "Ufficio di Coordinamento regionale per l'accoglienza migranti".

La creazione di un'unica ATS ha previsto che l'inquadramento dell'assistenza ai migranti debba essere erogata nell'ambito dei dipartimenti di Prevenzione e più specificatamente nelle Strutture complesse di promozione della salute ancora in corso di istituzione

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale assente.

Presenti atti di allineamento.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Presente documento regionale con indicazioni per la presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

Regione Autonoma della Sardegna, Delibera della Giunta Regionale n. 12/8 del 6.3.2018, Piano regionale per l'accoglienza dei flussi migratori non programmati. Aggiornamento tecnico-finanziario - Anno 2018.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Nonostante l'Accordo Stato Regioni non sia stato formalmente recepito, la maggior parte delle indicazioni in esso contenute vengono erogate ma **non è garantita l'omogeneità dell'applicazione**, essendo rilevabili discrepanze nelle varie ASSL e talvolta anche all'interno delle stesse.

Recentemente è stata emessa una nota della Direzione Amministrativa dell'ATS che permette l'iscrizione al pediatra di famiglia dei minori figli di famiglie extracomunitarie prive di permesso di soggiorno; **la mancata predisposizione di note attuative crea difficoltà nell'assegnazione del pediatra di famiglia** ai minori privi del codice fiscale e a quelli nati all'estero.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Vengono sottolineate le criticità relative ai percorsi di accoglienza all'interno dei CAS, forma di accoglienza prevalente nel territorio regionale, in cui la scarsità di risorse non permette di costruire percorsi di presa in carico rispondenti ai bisogni complessi di salute nelle diverse fasi del percorso di accoglienza. In particolare si evidenzia la **difficoltà di costruire percorsi di presa in carico per persone in condizioni di vulnerabilità psicologica e psichiatrica**, prevalentemente legata alla scarsa diffusione di competenze, tra gli operatori sociale e sanitari, volte al riconoscimento e alla riabilitazione di vittime di violenza intenzionale.

Il Piano regionale per l'accoglienza dei flussi migratori non programmati del 2018 fornisce indicazioni circa l'attuazione dei servizi dedicati alle vittime di tortura, facendo riferimento specifico ad azioni inserite in una progettualità a valere su fondi FAMI: attualmente le condizioni di sofferenza psicologica e psichiatrica sono prese in carico dai servizi territoriali di salute mentale, e le certificazioni medico-legali sono svolte su richiesta degli staff dei centri di accoglienza.

Relativamente all'accertamento multidisciplinare dell'età dei MSNA, facendo riferimento al protocollo multidisciplinare approvato in Conferenza delle Regioni, è stata predisposta una procedura per l'accertamento multidisciplinare dell'età anagrafica di minori stranieri non accompagnati – Applicazione delle linee guida ARIS di cui alle determine n. 631 del 23.5.2017 e

669 del 3.7.2017, criteri applicativi ed omogeneizzazione delle procedure ATS Sardegna. È stata attivata la procedura a Cagliari nell'ambito del Servizio di Promozione della Salute.

Ulteriori criticità riscontrate

Una criticità che viene sottolineata è la **disomogeneità regionale in particolare su aspetti burocratico-amministrativi**, che sono spesso la conseguenza indicazioni regionali non sufficienti. Di conseguenza, in servizi diversi tendono a consolidarsi modalità operative differenti che danno origine a diseguali forme di accesso ai servizi socio-sanitari.

Viene sollevata la **necessità di rafforzare le competenze degli operatori sociali, sanitari e amministrativi** sui temi del diritto alla salute e dei percorsi di cura rivolti alla popolazione immigrata, in particolare in condizioni di vulnerabilità.

Emerge inoltre che nelle aree dell'entroterra, dove la popolazione immigrata è meno rappresentata, persiste una minore attenzione verso i temi di salute e migrazione. Inoltre, **l'assistenza sanitaria ai migranti non regolari, tutt'ora è organizzata con modalità differenti nei diversi territori della regione**, facendo riferimento a servizi prevalentemente offerti dal privato sociale.

AREA SUD

Territorio di riferimento: Campania

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 258.524*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 4,4*

Incidenza % donne: 50,2*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Ucraina (16,8)*

- Romania (16,4)*

- Marocco (8,3)*

- Sri Lanka (6,7)*

- Cina (5,4)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 11.695**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 357 (3,3%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

Il tema del diritto alla salute e dell'applicazione della normativa sulla salute della popolazione immigrata viene affrontato all'interno di riunioni strutturate a livello regionale o inserite in specifici progetti che coinvolgono le Aziende Sanitarie. Il coordinamento è attribuito frequentemente alla UOD Monitoraggio e regolamentazione dei L.E.A. - appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Delibera della Giunta Regionale n. 111 del 27/05/2013: RECEPIMENTO DELL'ACCORDO DEL 20 DICEMBRE 2012 TRA IL GOVERNO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO: "INDICAZIONI PER LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA PER L'ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE STRANIERA DA PARTE DELLA REGIONI E PROVINCE AUTONOME" PREDISPOSTO DAL GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE" IMMIGRATI E SERVIZI SANITARI"

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale o indicazioni regionali assenti.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Un'importante difficoltà rilevata dagli operatori è relativa all'**assegnazione del pediatra di libera scelta per i minori figli di genitori privi di regolare permesso di soggiorno**: il codice STP non risulta valido ai fini dell'iscrizione al SSR, per la quale sono richiesti codice fiscale e residenza. In particolare (Prot. N. 2014.0624189 del 23/09/2014 "Iscrizione al SSR dei minori stranieri non appartenenti alla U.E., figli di genitori non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno -STP). Inoltre non sono presenti indicazioni operative rispetto all'**assegnazione del pediatra per i minori con codice ENI**, ai quali viene negato l'accesso alle cure.

Un altro aspetto che viene evidenziato è relativo ai **crescenti limiti che si incontrano nel rilascio delle tessere ENI**; sono presenti indicazioni per le quali i cittadini comunitari devono passare alla tessera TEAM, ma tali indicazioni non definiscono le modalità operative per la presa in carico sanitaria.

Un'importante criticità riscontrata è relativa alla continuità delle cure, garantita dalla validità dell'**iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno**: in alcuni territori l'iscrizione al SSR viene interrotta e le persone accedono ai servizi mediante tessera STP.

Un ulteriore elemento di criticità rispetto al **codice STP** è il fatto che **alcune ASL non effettuano il rilascio preventivo**.

Per quanto riguarda le **esenzioni**, viene segnalato che in alcune ASL **non vengono assegnate alle persone con tessera ENI le esenzioni per patologia**.

Un aspetto di criticità trasversale alle difficoltà riscontrate nell'accesso alle cure per la popolazione straniera è l'**assenza di circolari applicative in seguito al recepimento formale dell'Accordo Stato Regioni**. Di conseguenza, si verificano prassi differenti sia tra le ASL che tra distretti sanitari all'interno delle stesse ASL.

Infine viene sottolineata l'**impossibilità per le persone con tessera STP ed ENI di accedere ai presidi sanitari e alla protesica**, necessari a cure che sono essenziali, che non vengono concessi in assenza del requisito della residenza.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Vengono sottolineate le criticità relative ai percorsi di accoglienza all'interno dei CAS, in cui la **scarsità di risorse a fronte di centri anche molto numerosi** non permette di costruire percorsi di presa in carico rispondenti ai bisogni complessi di salute. Inoltre, l'**alto turn-over degli operatori** sociali e sanitari che lavorano nell'accoglienza non favorisce la continuità dei percorsi e non contribuisce allo sviluppo di competenze nell'ambito. Inoltre, **i percorsi di formazione a supporto degli operatori sociali e sanitari non sono sufficienti**.

Viene riscontrata una **carenza** rispetto ai servizi **per il riconoscimento e riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale**: le professionalità competenti nell'ambito dell'etnopsichiatria sono molto limitate e non coprono il bisogno esistente, e non sono disponibili servizi di supporto, percorsi riabilitativi e di presa in carico della sofferenza psico-sociale all'interno del servizio

pubblico. In alcuni contesti sono presenti servizi di volontariato a cura del privato sociale, con risorse limitate e con deboli rapporti di collaborazione con il servizio pubblico.

Viene infine condivisa la preoccupazione rispetto alle **conseguenze della Legge 132/18**, in merito all'abrogazione della protezione umanitaria, all'impossibilità di iscrizione anagrafica, all'aumento delle persone in condizioni di irregolarità giuridica e al peggioramento delle condizioni di vulnerabilità e marginalità sociale, in particolare per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati.

Ulteriori criticità riscontrate

Una criticità comune a numerosi contesti è **l'accesso al servizio di mediazione linguistico-culturale**, non sufficientemente strutturato all'interno dei servizi pubblici, spesso legato a progettualità specifiche.

Un ulteriore aspetto riscontrato con frequenza è la **scarsa conoscenza della normativa sull'accesso alle cure per la popolazione straniera da parte degli operatori del servizio pubblico**: in diverse occasioni questo comporta casi in cui viene negato il diritto alla salute anche in presenza dei requisiti necessari all'accesso cosa che la maggior parte delle volte trova una risoluzione grazie alla presenza di accompagnatori esperti in materia di legislazione sanitaria.

Viene inoltre evidenziato **l'aumento di episodi di discriminazione** subiti da parte della popolazione immigrata, da parte sia di operatori sanitari che da parte degli altri utenti dei servizi.

Appare evidente la **difformità territoriale nell'applicazione della normativa**, presente anche tra distretti della stessa ASL. In assenza di indicazioni regionali operative, da un lato si consolidano tra gli operatori dei servizi delle prassi che non hanno un fondato riferimento normativo, dall'altro si diffondono tra gli utenti e gli accompagnatori delle strategie di superamento che facilitano l'accesso alle cure.

Inoltre, un importante elemento di criticità è legato alla **complessità delle relazioni tra i diversi soggetti istituzionali** (amministrazioni locali, questure, Agenzia delle Entrate, Servizio Sanitario) che comporta l'emersione di numerosi ostacoli burocratico-amministrativi che limitano o rallentano l'iscrizione al SSR e l'accesso alle cure.

Come elemento finale e trasversale alle criticità emerse, si evidenzia la **manca di un coordinamento regionale inter-istituzionale** a cui fare riferimento per il superamento delle problematiche incontrate.

Territorio di riferimento: Calabria

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 108.494*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 5,5*

Incidenza % donne: 49*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (32,5)*

- Marocco (13,6)*

- Bulgaria (6,2)*

- Ucraina (5,9)*

- India (4,2)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 5.015**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 522 (4,8%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Giunta Regionale, DPGR - CA n. 69 del 29 maggio 2013, Recepimento Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome".

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Un aspetto critico riscontrato dagli operatori è la **difformità dell'applicazione della normativa** non solo tra le diverse Aziende Sanitarie Provinciali, ma anche tra i distretti afferenti alla stessa

Azienda. In particolare, in alcuni territori vengono riscontrate **difficoltà rispetto al rilascio della tessera STP e al suo rinnovo**.

Viene sottolineato come **l'assistenza continuativa e riabilitativa in presenza di condizioni croniche non sia garantita alle persone con tessera STP ed ENI**, in quanto non possiedono il requisito della residenza anagrafica.

Si registra inoltre con frequenza **l'interruzione dell'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo dei permessi di soggiorno**, con conseguente ricorso alla tessera con codice STP e perdita della continuità delle cure.

Un altro aspetto di criticità è **l'assistenza sanitaria ai minori: sul territorio regionale non è prevista l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra di libera scelta**. In alcuni territori esistono servizi a bassa soglia che prendono in carico i minori con tessera STP ed ENI, che non coprono però il bisogno di salute di tale popolazione. Inoltre, si riscontrano difficoltà presso le anagrafi sanitarie nel rilascio del codice ENI ai minori figli di comunitari residenti che sono privi di iscrizione al SSR, che vengono quindi presi in carico dagli ambulatori dedicati ma non hanno possibilità di procedere con accertamenti diagnostici al bisogno. Nonostante il recepimento formale dell'Accordo Stato Regioni sul documento, l'assenza di circolari operative per la sua applicazione limitano l'adozione di prassi omogenee e inclusive in diversi ambiti territoriali.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Viene messo in luce come negli anni siano stati fatti molti progressi rispetto alla presa in carico dei richiedenti protezione internazionale, sviluppando modalità operative via via meno emergenziali e fondate sulla collaborazione tra i servizi; tuttavia persistono importanti differenze nella presa in carico sociale e sanitaria delle persone a seconda delle strutture in cui sono seguite.

Viene sottolineata la **necessità di rafforzare le competenze degli operatori sociali e sanitari** che lavorano con persone richiedenti protezione internazionale, e di costruire dei percorsi omogenei sul territorio regionale, concordati con i diversi attori che operano nel settore (amministrazioni locali, aziende sanitarie, prefetture e questure).

In particolare viene messo in luce come **il tema delle vaccinazioni sia affrontato in modo diverso da struttura a struttura**, anche nello stesso territorio, in assenza di un coordinamento da parte dei servizi di prevenzione.

Non sono infine presenti indicazioni rispetto al riconoscimento e riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale e rispetto al protocollo multidisciplinare per il riconoscimento dell'età per i minori stranieri non accompagnati.

Ulteriori criticità riscontrate

L'aspetto trasversale alla maggior parte delle criticità è **la conoscenza limitata rispetto alla legislazione sanitaria** in materia di immigrazione, alle linee guida e gli indirizzi nazionali per la presa in carico dei migranti, ad aspetti di competenza culturale. Viene sottolineata l'esigenza di formazione su questi aspetti sia a livello degli operatori sociali e sanitari, che a livello di sanità pubblica, al fine di costruire le conoscenze e competenze necessarie all'implementazione delle indicazioni nazionali. A questo scopo, appare fondamentale **l'identificazione di figure responsabili a livello regionale** per rafforzare il sistema di governance, la produzione di indicazioni regionali e la loro operatività a livello delle Aziende Sanitarie Provinciali. Si sottolinea inoltre l'importanza dello sviluppo di **strumenti per l'analisi dei bisogni di salute** nel contesto

regionale, su cui basare l'elaborazione delle politiche pubbliche. Vengono segnalata inoltre la preoccupazione rispetto alle prossime **conseguenze della Legge 132/18**: l'impossibilità per migliaia di persone di avere un regolare permesso di soggiorno produrrà una nuova emergenza e l'aumento della domanda dei servizi a bassa soglia.

Infine, viene condivisa dagli operatori la criticità di alcuni contesi, in particolare della Piana di Gioia Tauro e di Sibari, con la necessità di **tutelare la salute dei lavoratori stagionali**, che vivono condizioni di grave sfruttamento, ricattabilità, ghettizzazione ed esclusione dai servizi e da più ampie forme di tutela.

Territorio di riferimento: Puglia

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 134.351*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 3,3*

Incidenza % donne: 50,5*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (26,5)*

- Albania (17,0)*

- Marocco (7,2)*

- Cina (4,4)*

- Senegal (2,9)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 6.792**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 424 (3,9%)***

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

La governance della regione Puglia per la salute della popolazione immigrata prevede un dirigente nella Regione delegato alla immigrazione.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Regione Puglia, Deliberazione della Giunta Regionale N. 987 DEL 21-05-2013: Recepimento Accordo Stato - Regioni "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 del 20/12/2012).

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Recepimento formale assente.

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

L'assistenza sanitaria di base per le persone prive di regolare permesso di soggiorno avviene in alcune ASL attraverso l'assegnazione del medico di medicina generale, anche se in alcuni contesti l'assistenza sanitaria è garantita da realtà del privato sociale.

Una delle principali criticità è relativa al rilascio del codice ENI, che dopo la Delib. Regionale del 20/12/2015, viene rilasciato solo in presenza di urgenze, limitando di conseguenza l'assistenza primaria ai cittadini comunitari privi di tessera TEAM.

Un ulteriore aspetto di criticità è relativo all'iscrizione dei minori privi di regolare permesso di soggiorno al SSR e la mancata assegnazione del pediatra di libera scelta.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

L'accesso alle cure per la popolazione richiedente protezione internazionale può contare su una convenzione con il Policlinico di Foggia, anche per quanto riguarda il riconoscimento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati.

Territorio di riferimento: Sicilia

Profilo statistico

Residenti stranieri al 31/12/2017: 193.014*

Incidenza % degli stranieri sulla popolazione totale: 3,8*

Incidenza % donne: 47,6*

Paesi di cittadinanza delle cinque collettività più rappresentate (%):

- Romania (29,5)*

- Tunisia (10,5)*

- Marocco (7,8)*

- Sri Lanka (7,0)*

- Albania (4,5)*

Richiedenti protezione internazionale in accoglienza al 31/01/2019: 10.533**

Minori stranieri non accompagnati in accoglienza al 31/12/2018: 4.097 (38%)*

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero, a cura del dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno

*** Dati tratti dal Report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sistema di governance regionale per la salute della popolazione straniera

All'interno dell'Assessorato Regionale della Salute sono presenti alcune figure di riferimento per i temi relativi alla salute della popolazione immigrata. Il Piano di Continenza Sanitario Regionale è stato coordinato dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria dell'Assessorato Regionale della Salute.

Presenza di indicazioni regionali relative al recepimento della normativa

Accordo n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Recepimento formale presente.

Regione Siciliana, Assessore della Salute, Decreto 31 ottobre 2013: Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane.

Linee guida e indicazioni nazionali sulla salute per richiedenti protezione internazionale.

Presente documento di indirizzo regionale.

WHO Regional Office for Europe, Ministero della Salute, Regione Siciliana, Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti. Modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica in Sicilia. (2014-2017).

Principali aspetti critici rilevati dagli operatori afferenti al Gruppo Immigrazione e Salute

Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Il principale aspetto di criticità è relativo alla **discrezionalità che si incontra nei servizi di Aziende Sanitarie Provinciali diverse**, che danno origine a forme di accesso ai servizi differenti nei territori anche a fronte di situazioni simili.

In particolare, si riscontrano **difficoltà nel rilascio del codice ENI**: in alcune realtà accade che non viene rilasciato, in quanto non viene accettata la dichiarazione di indigenza.

Un altro elemento messo in luce è relativo alla **durata della tessera STP**, in particolare per i minori stranieri: si ritiene infatti che la durata di 6 mesi non sia sufficiente a sostenere la continuità delle cure e non facilita l'iscrizione al pediatra di libera scelta.

Assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

Si riconosce l'importanza del Piano di Contingenza Sanitario, che ha fornito indicazioni alle Aziende Provinciali per strutturare i servizi nelle fasi di prima e seconda accoglienza, e che ha sollecitato l'apertura di servizi dedicati (ambulatori STP) anche nei territori che ne erano sprovvisti. Viene evidenziato tuttavia che è stata posta molta attenzione al coordinamento delle prime fasi dell'accoglienza, in particolare ai controlli sanitari all'arrivo, mentre **non sono affrontati in profondità altri aspetti pertinenti alla medicina territoriale e alla continuità della presa in carico**, inclusi gli aspetti relativi alla prevenzione e promozione della salute.

Questione di rilievo, che rimane aperta a livello locale come a livello nazionale, è l'**Esenzione dal ticket** per i richiedenti asilo inoccupati e quindi l'escamotage per cui mantengono l'STP nonostante abbiano formalizzato la richiesta di protezione internazionale e hanno un permesso di soggiorno come richiedenti asilo.

Si riscontrano inoltre **difficoltà nel costruire percorsi efficaci di presa in carico della vulnerabilità psicologica**. Il Piano di Contingenza cita le linee guida nazionali per il riconoscimento e presa in carico delle vittime di violenza intenzionale, ma non fornisce indicazioni operative. In questo ambito ha avuto molta importanza il Progetto SILVER (Soluzioni Innovative per La Vulnerabilità E il Reinserimento sociale dei migranti) a valere su fondi FAMI, che ha dato avvio a percorsi sperimentali di presa in carico multidisciplinare su tutto il territorio regionale, ma che è giunto a conclusione. Non sono presenti percorsi sistematici e uniformi nel territorio per il riconoscimento e presa in carico di vittime di tortura ma ci sono servizi attivi a Palermo, Messina e Catania: questi però sono rappresentati da équipes composte da professionalità diverse da centro a centro, e **le competenze per lo svolgimento delle certificazioni medico legali non sono uniformemente diffuse**. Inoltre viene sottolineato il bisogno di diffondere e approfondire le conoscenze e competenze nell'ambito della sofferenza psicologica e psichiatrica per la popolazione richiedente protezione internazionale, sia tra gli operatori dell'accoglienza che tra i professionisti sanitari, per favorire il riconoscimento e la presa in carico delle persone in condizioni di vulnerabilità e per colmare le difformità di approcci presenti sui diversi territori.

Il tema della salute mentale nei minori appare maggiormente critico, in quanto i servizi di Neuropsichiatria Infantile generalmente non trattano condizioni pertinenti all'ambito dell'etnopsichiatria e della medicina delle migrazioni, e si trovano spesso sprovvisti di chiavi interpretative utili alla costruzione di una presa in carico adeguata.

Infine, rispetto all'**accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati**, il centro di riferimento dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo è composta da pediatra e neuropsichiatra infantile, e provvede alla formazione di altri professionisti sanitari, inoltre si avvale della collaborazione con il servizio di etnopsicologia attivo presso l'Ufficio del Garante dell'Infanzia del Comune di Palermo.

L'équipe che lavora nel territorio di Trapani è composta da neuropsichiatra e psicologa, mentre ad Agrigento sono coinvolte una pediatra e una psicologa, che collabora a titolo volontario. In nessuna équipe sono presenti gli assistenti sociali e i mediatori in forma strutturata, questa carenza viene colmata con gli operatori sociali e i mediatori delle strutture di accoglienza, venendo meno al principio di indipendenza nell'elaborazione della valutazione dell'età. Rispetto alle richieste di accertamento multidisciplinare dell'età che giungono ai centri di riferimento, viene riscontrato talvolta un utilizzo non motivato del servizio, a cui i minori vengono inviati anche in assenza di un fondato dubbio rispetto all'età. E' stato avviato un monitoraggio periodico delle attività svolta dall'équipe di Palermo, Trapani e Agrigento con la supervisione di Save the Children, UNHCR e OIM, che ha visto anche il coinvolgimento della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo.

Si segnala che la Regione Siciliana è coinvolta nel Progetto I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency) finanziato dall'Unione Europea, volto al migliorare la presa in carico sociale e sanitaria dei richiedenti protezione internazionale attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali e l'implementazione delle Linee Guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli" e sul riconoscimento e riabilitazione delle vittime di tortura.

Ulteriori criticità riscontrate

Un'importante aspetto critico messo in evidenza è relativo al ruolo degli ambulatori dedicati per persone con tessera STP ed ENI: nonostante gli eventi degli ultimi anni e in particolare il Piano di Contingenza Sanitario abbiano favorito l'apertura di servizi dedicati, viene sottolineato come **strutturare servizi dedicati a categorie specifiche della popolazione non va nella direzione dell'inclusione sociale e della piena tutela della salute**. Viene spostato quindi il focus sulla sfida attuale che la medicina delle migrazioni e i servizi sanitari devono affrontare, che è la transizione epidemiologica verso le condizioni croniche che la popolazione mondiale sta vivendo, e di conseguenza il **rafforzamento dell'assistenza primaria e delle cure territoriali**. Diventa quindi auspicabile che alle persone con tessera STP ed ENI venga assegnato il medico di medicina generale, con inserimento a pieno titolo nel sistema di cure primarie, inclusi i programmi di medicina preventiva.

In questo senso, viene sollevata una riflessione sulla necessità di affrontare, come temi centrali della formazione rivolta agli operatori sociali e sanitari, gli **aspetti transculturali di salute e malattia** e la **prevenzione e presa in carico delle condizioni croniche**.

A questo proposito, viene sottolineato come il **servizio di mediazione linguistico-culturale sia carente**, e diventi necessario rafforzarlo e implementarlo in forma sistematica all'interno dei servizi sanitari.

Infine, viene condiviso il bisogno di implementare e rendere operative le indicazioni normative già presenti, e di basare l'organizzazione dei servizi socio-sanitari sui bisogni di salute della popolazione immigrata presente sul territorio.

3. UNO SGUARDO D'INSIEME ALLE CRITICITÀ EMERSE DALL'ANALISI TERRITORIALE

L'analisi complessiva delle situazioni presentate dai Gruppi territoriali Immigrazione e Salute evidenzia alcuni aspetti di criticità comuni ai diversi contesti locali, che pur concretizzandosi in modalità specifiche nei territori, trovano all'origine le stesse motivazioni, riconducibili sommariamente alla debolezza dei sistemi di *governance* per la salute dei migranti, all'insufficiente programmazione socio-sanitaria in questo ambito e all'incapacità di rispondere in modo sistematico ai bisogni di salute della popolazione, affidando spesso le risposte ad azioni frammentate ed estemporanee.

3.1 Gli aspetti critici generali nella realizzazione del diritto alla salute

Complessivamente, si possono riconoscere diversi aspetti di criticità relative al diritto alla salute, all'accesso alle cure e all'organizzazione dei servizi per la tutela della popolazione immigrata, che possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

1. la **scarsa conoscenza della legislazione sanitaria in materia di immigrazione** da parte del personale socio-sanitario e dagli operatori delle anagrafi sanitarie: questo aspetto sta all'origine di numerosi casi in cui viene negato il diritto alle cure. Infatti, in assenza della conoscenza dei riferimenti normativi vigenti si verifica, all'interno dei servizi, un'interpretazione discrezionale delle norme, con la conseguente adozione di prassi differenti da operatore a operatore, che determinano diseguali esiti nell'accesso alle cure e in salute.

In molte situazioni, ciò che fa la differenza è la presenza o meno di un accompagnatore esperto in materia, o lettere di accompagnamento da parte di operatori esperti: questo ha influenza decisiva, lasciando al potere di negoziazione della singola persona la possibilità di realizzare o meno il proprio diritto alla salute;

2. la **complessità delle relazioni tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti** (amministrazioni locali, questure, Agenzia delle Entrate, Servizio Sanitario) e **l'assenza di modalità operative per il coordinamento**: questo aspetto comporta frequentemente situazioni di incompatibilità tra procedure amministrativo-burocratiche, che a sua volta si traduce nella mancanza dei requisiti utili all'iscrizione al SSR, anche laddove questa sia prevista dalla normativa. Alla luce di questi ostacoli, in molte situazioni si ricorre all'assegnazione del codice STP in modo improprio, come unica modalità possibile di accesso alle cure. Questa modalità operativa rappresenta una strategia che diversi operatori mettono in campo, in particolare nei casi in cui è incompleta la documentazione necessaria all'iscrizione obbligatoria (codice fiscale e residenza anagrafica), nonostante lo status giuridico delle persone sia compatibile con l'iscrizione al SSR;

4. la **disomogeneità esistente, sia a livello nazionale che nei contesti regionali, nell'organizzazione delle cure primarie rivolte agli immigrati privi dei requisiti per iscrizione al SSR** (che accedono alle cure con codice STP ed ENI). Coerentemente con il quadro normativo vigente, l'assistenza primaria assume forme organizzative diverse a seconda delle indicazioni delle Aziende locali di riferimento: vi sono contesti in cui queste persone vengono prese in carico dai medici di medicina generale, altri in cui sono presenti ambulatori dedicati del servizio pubblico, altri in cui le cure primarie sono affidate a realtà del privato sociale, con o senza la stipula di convenzioni con il servizio pubblico, a gestione prevalentemente a carico di personale volontario. All'interno di questo scenario, anche laddove l'organizzazione delle cure primarie è volta alla piena

integrazione del cittadino straniero, si rileva la carenza dei percorsi informativi volti a sviluppare la conoscenza del diritto alla salute e l'orientamento al servizio sanitario. In generale, alcuni contesti vivono un arretramento da parte del settore pubblico rispetto all'organizzazione dell'assistenza primaria per la popolazione immigrata, che a sua volta pone la necessità dell'intervento del privato sociale.

5. la necessità di **rafforzare il sistema delle cure primarie affinché sia realmente inclusivo, multidisciplinare e volto alla promozione della salute**: legato al punto precedente, viene evidenziato che strutturare servizi dedicati a categorie specifiche della popolazione non va nella direzione dell'inclusione sociale e della piena tutela della salute, e che una possibile strategia risiede nel potenziamento della medicina territoriale tramite l'assegnazione dei medici di medicina generale anche alle persone non in regola con il permesso di soggiorno. Rispetto agli approcci di cura, emerge che ancora oggi l'approccio alla salute del migrante vede una centralità degli aspetti legati alle malattie trasmissibili, mentre non sono affrontati in profondità altri aspetti pertinenti alla medicina territoriale e alla continuità della presa in carico, inclusi gli aspetti relativi alla prevenzione e promozione della salute. Emerge il fatto che la sfida attuale della medicina delle migrazioni e dei servizi sanitari sta la transizione epidemiologica globale verso le condizioni croniche, che interessano maggiormente le popolazioni in condizioni di vulnerabilità;

6. la **mancanza di approcci teorici e modelli di riferimento di competenza interculturale** ai processi di salute e malattia, e la **carenza di percorsi multidisciplinari** di presa in carico della popolazione immigrata. Si segnala in generale la scarsità delle competenze in antropologia medica e culturale nei servizi socio-sanitari, e l'assenza di percorsi di formazione sui temi specifici. Viene sottolineata inoltre, come aspetto critico di particolare importanza, la **difficoltà ampiamente diffusa di accedere al servizio di mediazione interculturale**, spesso scarsamente strutturata all'interno dei servizi pubblici o a gestione del privato sociale;

7. la **salute della donna e la tutela della maternità consapevole**: permangono differenze tra i servizi rispetto alle forme di presa in carico della donna in gravidanza, all'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza e alla contraccezione gratuita. Sono numerosi gli episodi in cui, a causa di difficoltà di accesso ai servizi per svolgere, le donne fanno ricorso a circuiti informali per svolgere una IVG, senza godere di adeguate forme di tutela. In molti casi, alla base delle difficoltà di accedere ai servizi vi è l'alto livello di discrezionalità adottato da parte degli operatori, che rappresenta di conseguenza un determinante dell'accesso differenziato ai servizi e di diseguali esiti in salute;

8. il **progressivo definanziamento del SSR e l'impoverimento sul piano delle risorse umane**: diversi contesti assistono al pensionamento di diversi professionisti con competenza ed esperienza sul tema della salute della popolazione immigrata, senza un progressivo inserimento di nuove risorse umane: questo fenomeno non garantisce il passaggio delle competenze maturate nell'esperienza dei professionisti, né la continuità di percorsi esistenti e il loro miglioramento. Rispetto al piano delle risorse economiche, il calo progressivo dei finanziamenti pubblici al servizio sanitario aggrava la difficoltà delle Aziende locali di rispondere laddove vi siano indicazioni regionali volte a migliorare la tutela della salute della popolazione immigrata, per le quali non vengono stanziati risorse economiche aggiuntive.

9. la **frammentarietà dei progetti finanziati con fondi FAMI**. Viene sottolineata da più territori l'assenza di un coordinamento tra i diversi progetti a valere su fondi FAMI: alcuni operatori sono

coinvolti in progettualità che presentano obiettivi sovrapponibili, pur afferendo a progetti diversi. Questo aspetto rappresenta due livelli di criticità:

- l'assenza di un coordinamento delle azioni previste dai progetti, con conseguente moltiplicazione delle stesse e lo spreco di risorse umane ed economiche;
- la temporalità delle azioni previste dai progetti e la scarsa capacità di integrare nel sistema dei servizi i percorsi sostenuti dai progetti stessi;

10. la **crescente discriminazione** che la popolazione immigrata subisce all'interno dei servizi pubblici: gli operatori dei territori registrano l'aumento degli episodi di razzismo e la percezione apertamente diffusa di un clima discriminatorio, sia da parte degli operatori del servizio pubblico sia tra gli utenti del servizio. Questo fenomeno rappresenta un'importante barriera d'accesso informale alle cure e la negazione del principio di equità, uno dei principi fondanti del Sistema Sanitario Nazionale;

11. la **debolezza dei sistemi di governance regionali e provinciali per la salute della popolazione immigrata**: sono pochi i contesti locali in cui esistono dei veri e propri sistemi di governance su questi aspetti. Alcune Regioni (come il Lazio, la Toscana, le Marche e il Friuli Venezia Giulia) si sono dotate di veri e propri organi di governo e di coordinamento a livello regionale per la gestione e la programmazione degli interventi per la salute della popolazione immigrata; in alcuni contesti la competenza viene formalmente affidata a uffici e tavoli di lavoro, talvolta con competenze prevalentemente consultive anziché di programmazione e con funzionalità limitate. Infine, in diversi contesti locali non sono istituiti degli organi di governo formali deputati a questi aspetti, ma sono presenti singoli professionisti impegnati nell'ambito di salute e migrazione, con capacità limitate di incidere in maniera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria.

Va sottolineato che in diversi contesti, il fatto che atti formali regionali/provinciali non vengano tradotti in procedure operative a livello Aziendale limita l'applicabilità degli stessi, con il risultato di un diritto alla salute tutelato sulla carta ma non esigibile all'atto pratico. Questo aspetto trova difficilmente vie d'uscita in particolare nelle situazioni in cui non è definito se la competenza di procedure specifiche sia in carico alle Regioni o alle Aziende.

3.2 Gli aspetti critici relativi all'applicazione dell'Accordo Stato Regioni

L'analisi territoriale conferma l'esistenza di forti disomogeneità nell'applicazione della normativa e delle indicazioni specifiche, ed evidenzia la presenza di modalità operative diverse anche tra le Aziende Sanitarie appartenenti alla stessa Regione, in virtù di quanto già evidenziato in precedenza e cioè dell'interpretazione discrezionale della normativa, che dà origine a prassi consolidate diseguali all'interno dei servizi, e all'insufficiente programmazione dei servizi in ambito di salute e migrazione.

Rispetto all'applicazione delle specifiche indicazioni approvate con l'Accordo Stato Regioni, emergono alcuni aspetti di criticità frequenti e comuni a diversi contesti territoriali, che sono:

1. la **difficoltà di iscrivere al SSR i minori stranieri figli di genitori privi di regolare permesso di soggiorno**: in generale l'iscrizione al SSR in assenza del codice fiscale non è possibile dal punto di vista amministrativo. In alcuni contesti, i minori non in regola con il permesso di soggiorno accedono alle cure con tessera STP e non vengono iscritti al SSR con contestuale assegnazione del pediatra di libera scelta, anche se poi viene garantita di fatto la piena assistenza dei minori in

condizione di irregolarità giuridica (Toscana). In altri contesti ancora non viene assegnato il pediatra di libera scelta, ma i minori vengono presi in carico dal pediatra in regime di visite occasionali (Lombardia).

2. le **crescenti difficoltà legate al rilascio e rinnovo del codice STP**, ad esempio:

- in diverse situazioni **non avviene il rilascio preventivo del codice STP**, che viene quindi assegnato solo in presenza di condizioni urgenti su valutazione degli operatori delle anagrafi sanitarie;
- in numerose situazioni **viene richiesto un documento di riconoscimento al momento del rilascio del codice STP**, contrariamente a quanto previsto dalla normativa, che talvolta viene negato;
- le anagrafi sanitarie **negano il rilascio del codice STP alla persona che è presente sul territorio nazionale da più di sei mesi**, sostenendo erroneamente che questo codice può essere assegnato solo per i primi sei mesi di permanenza in Italia.

Le persone prive di permesso di soggiorno, in assenza di tessera con codice STP, non hanno la possibilità di accedere alle cure primarie secondo quanto previsto dalla normativa, e l'unica porta di accesso ai servizi rimane il pronto soccorso, che viene quindi utilizzato impropriamente. Queste criticità sono state documentate prevalentemente nei territori di PA Trento, PA Bolzano, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Marche, Calabria, Campania.

3. la **validità dell'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno**: in molti territori si verificano situazioni in cui decade l'iscrizione al SSR nelle fasi di rinnovo del permesso di soggiorno, con conseguente ricorso alla tessera STP e interruzione della continuità delle cure.

4. le **difficoltà di accesso alle cure per i cittadini europei comunitari non iscritti**: si evidenzia il fatto che in maniera diffusa persistono ambiguità rispetto alle prestazioni a cui hanno diritto le persone con codice ENI, determinando percorsi di presa in carico differenti tra i vari contesti territoriali, spesso basati sulla discrezionalità degli operatori sanitari che vi prestano servizio. Inoltre in numerosi contesti si riscontrano crescenti limiti alla procedura di rilascio delle tessere ENI, e sono stati registrati degli episodi in cui non sono state rimborsate le Aziende Sanitarie per prestazioni rivolte a persone con tessera ENI (Veneto). Si segnala infine che la Regione Lombardia non ha adottato il codice ENI per le prestazioni volte ai cittadini comunitari non iscritti al SSN. Queste persone, in assenza di modalità per l'accesso ai servizi di medicina di base, trovano nel servizio di pronto soccorso la sola porta d'accesso alle cure;

5. la **discrepanza e l'ambiguità persistente rispetto all'assegnazione dei codici di esenzione**: in due regioni non è stato adottato il codice di esenzione X01 (Emilia-Romagna, Sardegna); si registrano episodi in cui non vengono assegnate alle persone con tessera ENI le esenzioni per patologia; sono stati ideati dalle regioni diversi codici di esenzione per la popolazione richiedente protezione internazionale, da adottare nel periodo immediatamente successivo alla formalizzazione della domanda d'asilo;

6. l'**impossibilità per le persone con tessera STP ed ENI di accedere ai presidi sanitari e alla protesica**, che non vengono concessi in assenza del requisito della residenza.

3.3 Gli aspetti critici relativi all'assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale

L'indagine svolta fa emergere diversi aspetti di criticità legati alle procedure di presa in carico sociale e sanitaria rivolte a richiedenti protezione internazionale, sia nel corso della prima accoglienza che nelle fasi successive. Nella maggior parte delle Regioni, ad eccezione della Regione Lazio e Friuli Venezia Giulia, non sono state prodotte delle indicazioni operative per l'applicazione delle Linee Guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli". Le linee guida per il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale trovano esplicitazione nelle indicazioni regionali solo con la recente Delibera della Regione Lazio, mentre per quanto riguarda l'applicazione del Protocollo multidisciplinare per il riconoscimento dell'età per i minori stranieri non accompagnati vi sono diversi percorsi avviati a livello locale, ma il quadro nazionale è estremamente eterogeneo.

I principali punti di discussione sottolineati dai gruppi territoriali sono i seguenti:

1. l'alto livello di disomogeneità delle procedure di presa in carico sociale e sanitaria nelle prima fasi dell'accoglienza: non sono presenti delle indicazioni univoche rispetto all'organizzazione dei primi controlli sanitari all'arrivo e alla prima presa in carico socio-sanitaria, e questo ha fatto sì che a livello locale si sviluppassero diversi tipi di servizi. Nella maggior parte dei contesti, la prima presa in carico socio-sanitaria è svolta da personale sanitario assunto dagli enti gestori; in diversi casi è affidata a realtà del privato sociale informalmente o tramite stipula di convenzioni; in molti casi questa fase è in carico agli ambulatori STP delle Aziende Sanitarie e in un minor numero di casi sono stati istituiti dei presidi sanitari dedicati con professionisti del settore pubblico. In questi ultimi casi, viene sottolineato come, laddove l'assistenza sanitaria è garantita interamente dal servizio pubblico, il personale sanitario coinvolto e le risorse stanziare sono insufficienti rispetto al bisogno. In generale viene evidenziato come aspetto particolarmente critico il ruolo delle prefetture e degli enti gestori nella gestione degli aspetti sanitari durante le prime fasi dell'accoglienza, prevalente rispetto a quello delle istituzioni sanitarie locali;

2. l'approccio prevalentemente allarmistico nelle prime fasi dell'accoglienza: nella quasi totalità dei territori sono attive procedure di prima accoglienza sanitaria con un focus prevalente sul contenimento delle malattie infettive, anziché volte alla presa in carico sociale e sanitaria globale dei richiedenti e al riconoscimento precoce delle condizioni di vulnerabilità;

3. la documentazione delle prime fasi di presa in carico socio-sanitaria e la trasmissione dati. Non è stato ideato e diffuso un sistema informatico di raccolta dati univoco per tutti i territori: ogni territorio ha adottato delle modalità operative proprie, alcuni su portali informatici, altri in forma cartacea, e nella maggior parte dei casi i dati sanitari sono affidati agli enti gestori, senza lo sviluppo di sistemi di archiviazione e di analisi. In generale, la tutela della privacy sui dati sanitari non è applicata. Al momento del trasferimento dei richiedenti protezione internazionale alle strutture di seconda accoglienza, la trasmissione dei dati sanitari non avviene quindi attraverso sistemi informatici tutelati, ma è mediata da prefetture ed enti gestori. Sono frequenti le occasioni in cui la documentazione sanitaria viene perduta, con la conseguente interruzione della presa in carico, che causa la ripetizione di esami, visite, ritardi diagnostici e terapeutici.

4. la precarietà dei contesti di accoglienza: viene evidenziato l'impatto negativo sulla salute delle scarse condizioni delle strutture deputate alla prima accoglienza. Queste sono generalmente rappresentate da centri ad elevata capienza e con servizi essenziali, che hanno tempi di

permanenza molto lunghi, e che ospitano persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria, sociale, psicologica e psichiatrica, pur non rappresentando un luogo adatto alla presa in carico di tali condizioni. Viene evidenziato inoltre il fatto che nei CAS e Hub, nonostante il notevole allungamento dei tempi di permanenza in prima accoglienza, non vengono attuate le misure per la tutela della salute alla pari dei contesti di seconda accoglienza, come l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del medico di medicina generale, le procedure di prevenzione come le vaccinazioni, lo screening della infezione tubercolare latente e gli altri programmi di medicina preventiva. Vengono sottolineate le criticità relative ai percorsi di accoglienza all'interno dei CAS, quale forma prevalente di accoglienza, in cui la scarsità delle risorse a fronte di centri anche molto numerosi non permette di costruire percorsi di presa in carico rispondenti ai bisogni complessi di salute. Inoltre, l'alto turn-over degli operatori sociali e sanitari che lavorano nell'accoglienza non favorisce la continuità dei percorsi e non contribuisce allo sviluppo di competenze nell'ambito. In generale emerge la mancanza di percorsi di formazione a supporto degli operatori sociali e sanitari e il bisogno di costruire strumenti e approcci multidisciplinari per la presa in carico sociale e sanitaria delle persone, includendo aspetti di competenza culturale, antropologia medica e culturale;

5. la carenza di percorsi e servizi per il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale: il quadro nazionale è estremamente eterogeneo e l'applicazione delle linee guida con la strutturazione di servizi dedicati a questi aspetti è carente. In molti contesti territoriali non sono presenti percorsi per il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale. La maggior parte dei percorsi di presa in carico per le vittime di violenza intenzionale è inserita all'interno di progettualità finanziate con fondi FAMI e rimane un servizio tangenziale alle strutture pubbliche, che non entra a sistema all'interno della programmazione dei servizi sanitari. In altri contesti sono presenti professionalità con specifiche competenze nell'ambito dell'etnopsichiatria, ma sono spesso limitate e non riescono a coprire il bisogno esistente; anche laddove sono presenti delle figure di riferimento, sono scarsamente accessibili servizi di supporto, come percorsi riabilitativi e di presa in carico della sofferenza psico-sociale all'interno del servizio pubblico. In alcuni territori le strutture si affidano a servizi di volontariato a cura del privato sociale, con risorse limitate e spesso con deboli rapporti di collaborazione con il servizio pubblico. In generale, nella pratica quest'ambito è prevalentemente declinato sul piano dell'etnopsichiatria, con scarsa collaborazione con la medicina legale e con un'insufficiente implementazione dei servizi riabilitativi.

Si segnala che, in mancanza di strumenti capaci di interpretare la sofferenza in chiave antropologica e culturale, spesso si fa ricorso a percorsi di medicalizzazione, con prestazione non necessarie e spesso non risolutive. In alcuni territori viene sottolineato il fatto che, di fronte alla difficoltà di realizzazione del progetto migratorio e in assenza di percorsi risolutivi, si verifica un aumento delle situazioni di sofferenza psico-sociale, e aumentano le diagnosi di problemi di salute mentale: questo processo spinge la persona ad adottare delle categorie di malattia che possono porre dei limiti al percorso di integrazione e di sviluppo di capacità autonome;

6. la scarsa applicazione del Protocollo multidisciplinare per l'accertamento dell'età per i minori stranieri non accompagnati. Persiste un'importante disomogeneità rispetto a questa procedura: vi sono contesti in cui sono state attivate delle équipes multidisciplinari, come indicato nel protocollo; in altri contesti vi sono équipes che includono il mediatore della comunità di residenza del minore, contrariamente a quanto indicato dal protocollo. In molti contesti le équipes non sono state attivate e tuttora si ricorre all'esecuzione della radiografia del polso.

7. le **preoccupazioni rispetto alle conseguenze delle recenti disposizioni normative**: molti gruppi territoriali hanno sollevato la preoccupazione rispetto alle possibili ricadute dell'applicazione della Legge 132/18, in particolare rispetto a:

- l'ambiguità della normativa e l'aumento dell'interpretazione discrezionale degli operatori, e il conseguente impatto sull'accesso ai servizi di salute da parte della popolazione immigrata;
- la perdita, per molte persone, dei requisiti per l'accesso ai servizi sociali e sanitari e il conseguente ricorso a servizi organizzati su base volontaria;
- l'aumento dell'esclusione sociale e della marginalità, con la conseguente maggiore esposizione a fattori di rischio per la salute legati alle condizioni di deprivazione.

4. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'analisi territoriale delle criticità e delle risorse svolta con i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS) della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) evidenzia principalmente i seguenti aspetti:

- viene confermata, attraverso la documentazione diretta di operatori sociali e sanitari, volontari, professionisti, singole persone impegnate nel campo della salute dei migranti, l'esistenza di una **notevole disomogeneità dell'applicazione della normativa**: oltre a quanto già documentato attraverso il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni, che ricostruisce un quadro nazionale altamente disomogeneo, l'indagine qualitativa porta lo sguardo all'interno delle Regioni e rileva la presenza di difformità tra le diverse Aziende sanitarie dello stesso territorio regionale, sia rispetto a procedure aziendali adottate sia rispetto al consolidamento di prassi in assenza atti formali, che portano in ultima analisi a diseguali esiti dei percorsi di accesso alle cure. Inoltre, l'indagine documenta che, in modo diffuso su tutto il territorio nazionale, anche all'interno degli stessi servizi vengono adottate prassi differenti da operatore a operatore prevalentemente a causa di un'interpretazione discrezionale delle norme, in assenza di procedure operative di univoca interpretazione e di percorsi formativi a supporto del personale sociale e sanitario; questo avviene prevalentemente nei territori in cui i sistemi di *governance* della salute della popolazione immigrata sono più deboli, e dove mancano quindi uffici competenti e figure di riferimento;
- l'indagine documenta la presenza di importanti **discrepanze tra il recepimento formale e la reale applicazione della normativa** per la salute della popolazione immigrata: anche nelle Regioni/Province autonome in cui vengono recepite le indicazioni nazionali con l'emanazione di atti formali, l'assenza della loro traduzione in procedure operative a livello Aziendale limita l'applicabilità degli stessi, con il risultato di un diritto alla salute tutelato sulla carta ma non esigibile all'atto pratico. Questo aspetto trova difficilmente vie d'uscita in particolare nelle situazioni in cui non è definito se la competenza di procedure specifiche sia in carico alle Regioni o alle Aziende;
- emerge come aspetto critico centrale in diversi contesti regionali/provinciali, **la debolezza dei sistemi di *governance* sulla salute della popolazione immigrata**: in molti contesti non vi è un'articolazione definita degli attori e degli ambiti di competenza in salute e migrazione, che questi aspetti vengono per lo più affidati a singoli professionisti impegnati nell'ambito, che generalmente hanno capacità limitate di incidere in maniera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria. In generale, in assenza di organi di governo formali impegnati per la tutela della salute della popolazione immigrata, articolati in maniera tale da essere una risorsa all'interno del servizio per gli operatori sanitari, le criticità riscontrate dagli operatori dei servizi non trovano spazi di emersione, e le risposte che vengono adottate per far fronte a eventuali barriere d'accesso rimangono spesso legate a iniziative personali ed estemporanee, incapaci di entrare nell'organizzazione dei servizi o di aprire spazi di cambiamento all'interno dei servizi. Infine, l'arretramento del settore pubblico nel garantire il diritto alla salute degli immigrati e la conseguente necessità d'intervento da parte del privato sociale, rappresenta un ulteriore elemento di criticità nella *governance* della salute, che moltiplica gli attori in campo, subisce la contrazione delle risorse economiche e dà avvio a percorsi meno tutelanti e inclusivi.

Un ulteriore aspetto che merita di essere sottolineato nelle riflessioni conclusive è la preoccupazione diffusa su tutto il territorio nazionale rispetto alla crescente discriminazione rivolta alle persone di origine straniera: com'è documentato in letteratura, gli atti discriminatori rappresentano barriere d'accesso informali ai servizi di salute, limitando la fruizione dei servizi e la realizzazione del diritto alla salute. Inoltre i processi sociali discriminatori agiscono come determinanti negativi della salute, causando condizioni di deprivazione e sofferenza che si traducono in esposizioni differenziali ai fattori di rischio per la salute, dando origine alle disuguaglianze in salute. (10)

All'interno della complessità descritta nell'analisi territoriale, risulta di fondamentale importanza avviare percorsi volti a sostenere il ruolo del settore pubblico nella tutela della salute e a rafforzare i sistemi locali di *governance* della salute, in modo da costruire servizi territoriali sempre più rispondenti ai bisogni di salute mantenendo e intensificando la collaborazione e il coordinamento con il piano nazionale.

ALLEGATI

Allegato 1: Traccia del focus group con i GrIS

Progetto FOOTPRINTS WP2 – Task 1: Analisi territoriale delle criticità e risorse

Traccia focus group con i GrIS

1. Accordo Stato-Regioni

L'Accordo Stato Regioni del 2012 è un atto formale che prevede una serie di "obblighi" per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria per la popolazione immigrata, e prevede dunque un impegno da parte delle Regioni affinché tale accordo venga recepito e le indicazioni vengano implementate.

L'Accordo prevede diversi punti; la SIMM ha elaborato degli indicatori per monitorare il recepimento dell'accordo e l'implementazione della normativa.

Sappiamo però che ci sono alcuni aspetti particolarmente critici:

- alcuni aspetti per i quali a livello regionale non avviene l'allineamento con accordo
- permane una certa discrepanza tra il recepimento formale e la reale implementazione sul territorio.

Che idea avete a riguardo? Avete avuto qualche percezione di questo tipo? Se sì, quali aspetti vi sembrano più critici?

2. Richiedenti protezione internazionale

Sappiamo che, anche facendo riferimento ai richiedenti protezione internazionale, ci sono diversi aspetti di criticità:

- nella gestione dell'accoglienza;
- nella presa in carico socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale;
- nella mancata implementazione delle LLGG sulla salute dei richiedenti protezione internazionale (I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli, LG riconoscimento e riabilitazione vittime di tortura, accertamento olistico dell'età per i MSNA).

a) Quali vi sembra siano gli aspetti critici rispetto alla presa in carico dei richiedenti protezione internazionale nella vostra regione?

b) Sono state emanate, da parte della vostra Regione, delle indicazioni circa l'implementazione delle LLGG sulla salute dei richiedenti protezione internazionale?

- se sì: come si è svolto il processo che ha portato alla produzione di indicazioni?
- se no: come pensate che la regione si stia muovendo rispetto a questo? Quale posizione prende/ha preso in merito?

c) Ci sono dei percorsi sperimentali di presa in carico in regione che si allineano alle indicazioni/LLGG? Come è avvenuto il loro avvio? Quale risonanza hanno prodotto?

3. Governance

Passiamo ora ad analizzare i dispositivi a livello di governance che producono queste ricadute (non allineamento, recepimento formale e ma non applicazione, discrepanza tra territori)

a) Potete descrivere brevemente il sistema di governance per la salute della popolazione

immigrata in Regione?

Per sistema di governance intendiamo l'insieme di regole, procedure, attori; secondo voi quali sono gli attori principali del sistema di governance per la salute della popolazione immigrata? Per quel che è la vostra esperienza, come si articolano gli organi, gli ambiti di competenza, il coordinamento?

b) Quali sono i vincoli, i limiti, che nella vostra regione portano/hanno portato all'emersione delle criticità appena indicate?

(Quali sono i principali vincoli/limiti ad una governance efficace e radicata sui bisogni/risorse del territorio?)

c) Com'è stata l'evoluzione di questi aspetti critici nel tempo? Come sono stati affrontati dalle istituzioni?

d) Quali possibili strategie di superamento?

e) Ci sono delle esperienze virtuose da citare in questo senso?

4. Ruolo dei GrIS

a) Qual è il ruolo dei GrIS rispetto alla reale implementazione della normativa nella vostra regione?

(In che modo il monitoraggio svolto da SIMM/GrIS ha supportato il recepimento dell'Accordo nella vostra regione?)

b) Come avviene l'interlocuzione tra il GrIS e le istituzioni regionali?

- Dalla nascita del GrIS ad oggi, come è cambiata la relazione tra GrIS e istituzioni regionali?
- Che cosa ha portato, nel tempo, alla situazione attuale?

c) Come ritenete sia possibile intensificare la collaborazione tra GrIS e istituzioni regionali e locali?

5. Altre condivisioni

Domanda aperta su altri aspetti da condividere.

Progetto FOOTPRINTS

WP1: Analisi territoriale delle criticità e risorse

Traccia intervista per soci SIMM di riferimento - Sicilia

1. Accordo Stato-Regioni

L'Accordo Stato Regioni del 2012 è un atto formale che prevede una serie di "obblighi" per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria per la popolazione immigrata, e prevede dunque un impegno da parte delle Regioni affinché tale accordo venga recepito e le indicazioni vengano implementate.

Sappiamo che in Sicilia ci sono le Linee guida per l'assistenza agli immigrati del 2012, nel 2013 la Regione Sicilia ha recepito l'accordo.

L'Accordo prevede diversi punti, la SIMM ha elaborato anche degli indicatori per monitorare il recepimento dell'accordo e l'implementazione della normativa.

Sappiamo però che ci sono alcuni aspetti particolarmente critici:

- alcuni aspetti per i quali a livello regionale non avviene l'allineamento con accordo
- discrepanza tra recepimento formale e reale implementazione sul territorio...

Che idea avete a riguardo? Avete avuto qualche percezione di questo tipo? Se sì, quali aspetti vi sembrano più critici?

2. Richiedenti protezione internazionale

Sappiamo che, anche facendo riferimento ai richiedenti protezione internazionale, ci sono diversi aspetti di criticità:

- nella gestione dell'accoglienza
- nella presa in carico socio-sanitaria per rpi
- nella implementazione delle LLGG sulla salute dei richiedenti protezione internazionale (I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli, LG riconoscimento e riabilitazione vittime di tortura, accertamento olistico dell'età per i msna).

La vostra Regione, con il Ministero della Salute e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha prodotto il Piano di Contingenza Sanitario Regionale, che definisce modalità operative di coordinamento di aspetti salute pubblica per la presa in carico dei richiedenti protezione internazionale.

a) Come si è svolto il processo che ha portato alla produzione di indicazioni?

b) Quali vi sembra rimangano gli aspetti critici/carenti rispetto alla presa in carico dei richiedenti protezione internazionale nella vostra regione? Rispetto alla realizzazione di quanto scritto sul Piano?

c) Ci sono dei percorsi sperimentali di presa in carico in regione che si allineano alle indicazioni/LLGG? Come è avvenuto il loro avvio? Quale risonanza hanno prodotto?

3. Governance

Passiamo ora ad analizzare i dispositivi a livello di governance che producono queste ricadute (non allineamento, recepimento formale e ma non applicazione, discrepanza tra territori)

a) Potete descrivere brevemente il sistema di governance per la salute della popolazione immigrata in Regione?

Per sistema di governance intendiamo l'insieme di regole, procedure, attori; secondo voi quali sono gli attori principali del sistema di governance per la salute della popolazione immigrata? Per quel che è la vostra esperienza, come si articolano gli organi, gli ambiti di competenza, il coordinamento?

b) Quali sono i vincoli, i limiti, che nella vostra regione portano/hanno portato all'emersione delle criticità appena indicate?

(Quali sono i principali vincoli/limiti ad una governance efficace e radicata sui bisogni/risorse del territorio?)

c) Com'è stata l'evoluzione di questi aspetti critici nel tempo? Come sono stati affrontati dalle istituzioni?

d) Quali possibili strategie di superamento?

e) Ci sono delle esperienze virtuose da citare in questo senso?

4. Altre condivisioni

Domanda aperta su altri aspetti da condividere.

Allegato 3: Traccia del questionario aperto rivolto ai GrIS o ai soci SIMM di riferimento

Progetto FOOTPRINTS

WP2 – Task 1: Analisi territoriale delle criticità e risorse

Traccia del questionario aperto rivolto ai GrIS o ai soci SIMM di riferimento

1. Presentazione del GrIS o del gruppo informale di persone impegnate nell'ambito salute e migrazione

Breve descrizione del GrIS (5-10 righe) con indicata: quando è nato, la composizione del gruppo, le attività principali, le relazioni con gli interlocutori istituzionali.

2. Governance della salute per la popolazione straniera

Puoi descrivere brevemente il sistema di governance per la salute della popolazione immigrata (articolazione organi, attori, ambiti di competenza, coordinamento) nella tua Regione?

2. Diritto alla salute e accesso alle cure

Quali sono le principali problematiche rispetto all'accesso alle cure della popolazione straniera nel territorio della tua regione?

3. Accordo Stato Regioni del 2012 sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"

a) Secondo la tua esperienza, le indicazioni riportate nel documento sono adeguatamente applicate nel territorio della tua Regione?

b) Credi che ci siano alcune indicazioni che vengono rispettate con maggiore difficoltà? Per quali ragioni?

c) In caso di particolari problematiche, quali sono gli elementi che limitano/hanno limitato l'implementazione delle indicazioni sul territorio regionale?

4. Linee guida e indicazioni sulla salute per richiedenti protezione internazionale (presa in carico socio-sanitaria in prima e seconda accoglienza; riconoscimento e riabilitazione vittime di tortura; accertamento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati)

a) Quali sono gli aspetti maggiormente critici rispetto alla presa in carico dei richiedenti protezione internazionale in regione?

b) Sono presenti, nel territorio regionale, indicazioni circa l'implementazione delle LLGG sulla salute dei richiedenti protezione internazionale?

c) Quali sono state, nella tua esperienza, le principali difficoltà nell'applicazione di tali LLGG riscontrate nel territorio regionale?

5. Buone pratiche

a) Quali sono, nella tua opinione, delle possibili modalità operative che facilitino l'implementazione della normativa per la salute della popolazione immigrata nella sua regione?

b) Ci sono delle esperienze di interesse che possono essere citate

BIBLIOGRAFIA

1. Centro Studi e Ricerche IDOS (2018) *Dossier Statistico Immigrazione 2018*. IDOS Edizioni.
2. Geraci S (2017) *Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy*. *Sistema Salute*, 61, 3 2017: pp. 15-28.
3. Bodini C (2017) *L'accesso alle cure nella 'fortezza Europa'*. *Sistema Salute*, 61, 3 2017: pp. 45-58
4. Comitato Nazionale per la Bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri (2017) *Immigrazione e salute*. Disponibile in:
http://bioetica.governo.it/media/1391/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf
5. Greer SL, Wismar M, Figueras J (2016) *Strengthening Health System Governance: better policies, stronger performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, WHO/Europe.
6. Carletti P, Geraci S (2012) *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*. In: *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*. In: Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2012; 142:146.
7. Geraci S (2014) *La tutela sanitaria degli immigrati in Italia*. *Salute e sviluppo* 2014; 70: 27-28.
8. WHO Europe (2018) *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*. World Health Organization - Regional Office for Europe.
9. Centro Astalli, Emergency, INTERSOS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere (2018) *Lettera delle organizzazioni medico-umanitarie al Parlamento: "Correggere decreto per garantire il diritto alla salute"*. Disponibile in:
https://www.simmweb.it/attachments/article/937/ProtezioneUmanitaria_Letteratavolosanitario_25102018.pdf
10. ZD Bailey, N Krieger, M Agénor, J Graves, N Linos, MT Bassett (2017) *Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions*. *Lancet* 2017; 389: 1453–63

