

**PROCEDURE  
DI PRESA IN CARICO  
DELLE VULNERABILITÀ  
E DELLE ESIGENZE  
SPECIFICHE  
DEI RICHIEDENTI  
PROTEZIONE  
INTERNAZIONALE  
IN ACCOGLIENZA  
STRAORDINARIA**

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - INTEGRAZIONE NEL TERRITORIO SENESE - PREFETTURA DI SIENA**

PROG-3676 - CUP F39C20000440007

*Progetto cofinanziato da*



**UNIONE  
EUROPEA**



Prefettura di Siena



**MINISTERO  
DELL'INTERNO**



## INDICE

- 1-pag. 09** LA PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA
- 2-pag. 19** PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA
- 3-pag. 33** PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DELLA VULNERABILITA' DI GENERE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA
- 4-pag. 45** PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI MINORI IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - INTEGRAZIONE NEL TERRITORIO SENESE - Prefettura di Siena**  
**PROG-3676 - CUP F39C20000440007**

Progetto cofinanziato da



# INTRODUZIONE ALLE PROCEDURE

## 1. PREMESSA

Le seguenti procedure operative sperimentali sono state redatte dalla cooperativa sociale Pangea Onlus nell'ambito del progetto IN.TE.SE - Integrazione nel Territorio Senese, finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 di cui la Prefettura di Siena è capofila. Questo documento è finalizzato a condividere con gli enti gestori dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) della provincia di Siena un modello operativo per la rilevazione e la presa in carico dei cittadini di paesi terzi appartenenti ai target delle vulnerabilità e migranti con esigenze specifiche, al fine di rafforzare l'efficacia dell'intervento d'accoglienza e di potenziare le capacità operative degli operatori coinvolti con particolare riferimento all'ambito territoriale senese.

Nel redigere le procedure abbiamo fatto riferimento, oltre che alla numerosa letteratura a disposizione, alla nostra esperienza nel settore dell'accoglienza migranti e richiedenti asilo e al lavoro portato avanti sul territorio per la tutela della salute e del benessere dei migranti grazie alle sinergie costruite con i servizi pubblici e del privato social nonché alla costante collaborazione con la Prefettura di Siena.

## 2. OBIETTIVI DELLA PROCEDURA E MODALITÀ DI DEFINIZIONE

L'obiettivo generale delle seguenti procedure è di fornire un quadro operativo entro il quale i soggetti affidatari della gestione delle strutture CAS territoriali possano ritrovare indicazioni utili all'individuazione, alla prevenzione e alla presa in carico di soggetti che presentino vulnerabilità in ambito socio-sanitario e, soprattutto per coloro che, appartenenti a un target quale quello dei migranti già altamente a rischio esclusione e marginalizzazione, si trovano in una condizione di maggiore fragilità.

### Le finalità specifiche del documento sono da individuare:

**1.** nella necessità di strutturare percorsi e strumenti volti a migliorare costantemente il lavoro di accoglienza nei confronti dei richiedenti protezione internazionale (RPI) al fine di proteggere, tutelare e garantire i diritti/doveri sia dei diretti beneficiari che di tutte le figure impegnate nel contesto dell'accoglienza straordinaria;

**2.** nella necessità di rilevare tempestivamente le vulnerabilità dei RPI e attivare gli interventi necessari alla presa in carico da parte dei servizi territoriali competenti con particolare riferimento ai bisogni socio-sanitari che richiedono azioni di prevenzione atti a evitare il progressivo peggioramento e/o le cronicizzazioni di stati di malattia e/o di disagio psico-fisico;

**3.** nell'esigenza di integrare ai percorsi clinici e terapeutici interventi di carattere sociale, ovvero volti alla promozione del benessere psico-fisico del migrante nel percorso di accoglienza attraverso attività di supporto nonché volte all'integrazione, all'apprendimento delle autonomie e all'autodeterminazione;

**4.** nella volontà di garantire che l'individuazione e la valutazione delle esigenze di accoglienza particolari siano svolte quanto più efficacemente per evitare situazioni di rischio per la persona, per gli operatori coinvolti, nonché per la comunità ospitante;

**5.** nell'impegno a voler costruire insieme alle Istituzioni pubbliche e private ed ai servizi socio-sanitari, nonché del privato sociale, un modello che garantisca il diritto alla salute, inteso in senso ampio, privilegiando un approccio transculturale e che tenga sempre più conto delle specificità e delle esigenze della persona, ovvero inserendo nei setting, anche clinici, le dimensioni geo-politiche e culturali dei target di riferimento.

Le indicazioni tengono conto dei parametri previsti dagli attuali capitolati di appalto per la gestione del servizio di accoglienza straordinaria e, ove possibile, fa riferimento ai servizi specifici territoriali; si prendono inoltre in analisi le modalità di intervento delle diverse figure professionali dell'equipe prevista nei CAS sulla base degli specifici ruoli e competenze.

Le prassi operative descritte nelle presenti procedure sono orientate a implementare "iniziative integrate" che presuppongono rapporti di fattiva collaborazione tra tutti gli attori e i servizi che, a vario titolo, si occupano di gestire l'accoglienza, l'integrazione e la salute dei migranti. Risulta dunque di fondamentale importanza una collaborazione e un'apertura al confronto e alla condivisione, orientato a costruire un sistema propositivo, partecipativo e dialogante.

Il documento, dopo una breve introduzione sul sistema di accoglienza straordinario in Italia e sulla definizione di migranti "portatori di esigenze particolari", è suddiviso in quattro ambiti di intervento, da leggere secondo una logica complessiva e di reciprocità.

In primo luogo si individua una proposta operativa per la presa in carico socio-sanitaria di tutti i RPI nei CAS, la cui condizione di migranti rappresenta di per sé un fattore di vulnerabilità.

Si approfondiscono poi le procedure per la presa in carico specifica dei bisogni afferenti alla salute mentale, alle donne e ai minori (accompagnati e non).

Ai fini di facilitare la lettura delle stesse, per ogni target di vulnerabilità si presenta, sulla base di fonti bibliografiche e report, una profilazione delle specifiche caratteristiche e si accenna alla normativa di riferimento.

### 3. IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA DEI MIGRANTI: IL RUOLO DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA STRAORDINARIA ALLA LUCE DELLE MODIFICHE DEL D.L. 130/2020 "DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE E SICUREZZA"

Il sistema di accoglienza dei migranti extra UE nel territorio italiano è disciplinato dal decreto legislativo n. 142/2015, adottato in attuazione delle direttive europee 2013/32/UE e 2013/33/UE. Successivamente, alcune integrazioni e modifiche sono state apportate dapprima dal D.L. 13/2017, che ha previsto alcuni interventi urgenti in materia di immigrazione, poi dalla L. n. 47/2017 sui minori stranieri non accompagnati e dal D.Lgs. n. 220/2017. Nell'attuale quadro normativo, il D.L. 113/2018 e successivamente il D.L. 130/2020 hanno introdotto ulteriori e significative modifiche.

Il soccorso, l'identificazione e la prima assistenza vengono assicurate nei centri governativi, c.d. Hotspot distribuiti sul territorio nazionale; segue poi l'inserimento in strutture governative di prima accoglienza istituite dal Ministero dell'Interno (come i Centri di accoglienza per i richiedenti asilo (CARA) e i Centri di accoglienza (CDA) ove si procede al completamento dell'identificazione dello straniero, all'accertamento delle condizioni di salute e di eventuali situazioni di vulnerabilità, alla verbalizzazione e all'avvio della procedura di esame della domanda di asilo.

La seconda accoglienza, istituita già nel 2002 con la L.189, afferisce invece al sistema ministeriale a cui aderiscono volontariamente Enti Locali e la cui gestione è affidata al privato sociale competente in quest'ambito; più volte rinominato, l'attuale Sistema di Accoglienza Integrato (SAI) consiste in un modello di accoglienza diffusa che prevede strumenti e prestazioni specifiche per la psico-socio-sanitaria e l'integrazione sociale, lavorativa-abitativa dei migranti accolti.

Per far fronte all'aumentare degli afflussi migratori, è istituito con la L.142/2015 il Sistema di Accoglienza Straordinario a cui fanno capo le Prefetture locali; la permanenza dei RPI nei Centri di Accoglienza Straordinaria dovrebbe essere temporanea, ma di fatto la maggior parte di loro rimane in queste strutture per l'intera durata del loro percorso di accoglienza.

Dall'ultimo rapporto di ANCI Toscana emerge che nella Provincia di Siena il 95,5% dei RPI sono accolti presso i CAS; di questi l'81,6% è accolto presso centri collettivi (anche se di ridotte dimensioni). L'87% degli ospiti CAS è richiedente asilo in attesa dell'esito del ricorso presentato dopo aver avuto esito negativo da parte della Commissione Territoriale, mentre è minima la percentuale di richiedenti in attesa che la propria domanda venga presa in esame (7,5%) e quello di persone in attesa di trasferimento nei SIPROIMI (5,4%). Il profilo medio determina una tipologia di richiedente asilo uomo, ricorrente con un'età tra i 18 e i 35 anni<sup>2</sup>.

Se il D.L. 113/2018 escludeva i RPI, salvo i minori stranieri non accompagnati, dall'accoglienza SAI e riduceva significativamente le risorse a disposizione dei CAS, il D.L. 130/2020 ripristina la possibilità di accesso al sistema di seconda accoglienza e ridefinisce in parte le condizioni, anche materiali, della prima accoglienza, stabilendo gli standard igienico-sanitari ed abitativi, nonché individuando la tipologia di interventi che devono essere erogati quali prestazioni di accoglienza materiale, assistenza

<sup>1</sup>\* Diritto di Asilo e Accoglienza dei migranti sul territorio", Camera dei Deputati, Servizi di studi, 11 marzo 2021, <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105104.pdf>

<sup>2</sup>\* Il sistema di accoglienza in Toscana - Nota 4/2020", Osservatorio Regionale sull'immigrazione, consultabile in <http://www.irpet.it/wp-content/uploads/2020/03/nota-4-2020-ori.pdf>

<sup>3</sup>\* Per inviare la segnalazione si allega una valutazione psicologica e una relazione sociale e la certificazione medico-legale che potrà essere richiesta al medico psichiatra di riferimento del servizio pubblico territoriale. Per un approfondimento sulle certificazioni medico-legali si rimanda all'Allegato 2 - Approfondimento n.2.

sanitaria, assistenza sociale e psicologica, mediazione linguistico-culturale, corsi di lingua italiana e servizi di orientamento legale e al territorio.

Nonché individuando la tipologia di interventi che devono essere erogati quali prestazioni di accoglienza materiale, assistenza sanitaria, assistenza sociale e psicologica, mediazione linguistico-culturale, corsi di lingua italiana e servizi di orientamento legale e al territorio.

### 4. MIGRANTI VULNERABILI

Nell'ambito delle misure di accoglienza, il decreto n.142/2015, all'art. 17, riserva una particolare attenzione ai soggetti "portatori di esigenze particolari" (c.d. persone vulnerabili), per i quali sono introdotte specifiche attenzioni nelle procedure di accoglienza e di assistenza, anche in collaborazione con le ASL competenti per territorio, al fine di garantire misure assistenziali particolari e un adeguato supporto psicologico.

Rientrano in questa categoria: i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i nuclei monoparentali con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le vittime accertate di torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.

Gli enti gestori dei CAS sono tenuti a segnalare tempestivamente alla Prefettura la sussistenza di specifiche situazioni di vulnerabilità fornendo altresì aggiornamenti sul percorso assistenziale attivato; contestualmente è opportuno inviare la richiesta di inserimento al sistema SAI attraverso la scheda apposita "Modello CAS" scaricabile dal sito ufficiale della rete SAI, specificando in nota la condizione di vulnerabilità; in tal senso al RPI vulnerabile sono fornite, con l'ausilio del mediatore linguistico culturale, tutte le informazioni sul funzionamento e servizi del sistema SAI ai fini di acquisire il consenso a procedere con la richiesta.

Si rende noto inoltre che da novembre 2021 la rete SAI ha messo a disposizione un modello specifico "Modello F - Richiesta di inserimento di beneficiari nei progetti per "disagio mentale" dedicato alle segnalazioni dei casi di vulnerabilità psicologica o psichica consultabile al seguente indirizzo: <https://www.retesai.it/modulistica-sprar/>; è stato attivato l'indirizzo mail [modellof.dm@serviziocentrale.it](mailto:modellof.dm@serviziocentrale.it) dedicato alle segnalazioni dei casi di vulnerabilità psicologica o psichica<sup>3</sup>.

I progetti dedicati hanno ad oggi ancora una limitata disponibilità, per quanto si stia cercando di ampliare i posti dedicati DM/DS (Disagio mentale/Disagio sanitario)<sup>4</sup>; sarà dunque necessario sollecitare in maniera scadenzata le segnalazioni inoltrate.

L'individuazione delle vulnerabilità nei centri d'accoglienza risulta utile anche ai fini del programma di relocation in altri Stati Membri dell'Unione Europea<sup>5</sup> che prevede debba essere data priorità ai casi vulnerabili.

<sup>4</sup>\* In data 11 agosto 2021 è stato pubblicato sul sito del Ministero dell'interno il D.M. 10 agosto 2021 n.23428 con il quale è stato approvato l'ampliamento per 797 posti per 37 progetti per MSNA e 174 posti per 14 progetti categ. DM-DS a valere sul FNPSA. L'individuazione delle vulnerabilità nei centri d'accoglienza risulta utile anche ai fini del programma di relocation in altri Stati Membri dell'Unione Europea che prevede debba essere data priorità ai casi vulnerabili.

<sup>5</sup>\* Decisioni 2015/1523 del 14 settembre 2015 e 2015/1601 del 22 settembre 2015 del Consiglio Europeo.



# LA PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - Integrazione nel Territorio Senese - Prefettura di Siena**

**PROG-3676 - CUP F39C20000440007**

Progetto cofinanziato da



# 1. PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA

## 1.1. ISCRIZIONE SANITARIA E SCREENING D'INGRESSO

La salute è un diritto fondamentale tutelato dall'articolo 32 della Costituzione italiana; esso non può subire limitazioni fondate sulla cittadinanza in quanto costituisce il presupposto per il godimento di tutti i diritti e per la piena realizzazione della persona, ovvero della dignità umana rappresentando pertanto un interesse dell'intera collettività.

Per i richiedenti protezione internazionale (RPI) è previsto l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e la parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani nell'assistenza sanitaria la cui durata è collegata a quella del permesso di soggiorno.

Ai minori, compresi quelli non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, è garantita l'iscrizione al SSN; anch'essi usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani<sup>2</sup>.

La presa in carico sanitaria del RPI all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) si configura all'interno del processo generale di prevenzione sanitaria, quale complesso delle misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione di patologie e il determinarsi di danni quando questa è in atto.

Nei CAS è assicurato al RPI uno screening sanitario di ingresso accurato e un percorso di cura assistito per tutto il tempo di permanenza in struttura sempre e comunque sotto il controllo del medico curante.

I dati anamnestici, le visite mediche, gli accertamenti sanitari, i referti e farmaci somministrati sono annotati e raccolti nella cartella sanitaria personale (digitale e cartacea) del RPI che tiene traccia dell'evoluzione del percorso di presa in carico sanitaria; la cartella sanitaria fa parte del fascicolo personale dell'ospite contenente tutta la documentazione afferente ai diversi ambiti (legale, integrazione, ecc.) la cui copia, in caso di trasferimento, è consegnata sia all'ospite che al referente per l'accompagnamento nel centro di destinazione.

<sup>1</sup>\* D.lgs 286/98, art. 34.

<sup>2</sup>\* D.P.C.M del 12 gennaio 2017, art. 63, comma 4.

Tab.1 Iscrizione sanitaria e visite mediche di ingresso

	QUANDO	CHI	COME	NOTE
Richiesta Codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)	All'ingresso in accoglienza in assenza di titolo di regolare soggiorno	Operatore referente area sanitaria	Mail - se presente - a referente dell'azienda sanitaria per le pratiche dei beneficiari di accoglienza specificando dati anagrafici e fornendo una dichiarazione di indigenza controfirmata dal RPI.  Oppure contattando l'Ufficio Assistenza Estero/Ufficio Anagrafe sanitaria zonale; per l'AUSL Toscana sud est: <a href="mailto:anagrafesanitaria@uslsudest.toscana.it">anagrafesanitaria@uslsudest.toscana.it</a>	Il codice STP è rilasciato agli stranieri extracomunitari irregolarmente presenti in Italia, ha durata di 6 mesi ed è rinnovabile. Garantisce ogni cura medica urgente o comunque essenziale, ancorché in via continuativa, per malattie ed infortuni, per le prescrizioni su ricettario regionale di prodotti farmaceutici nonché per i programmi di prevenzione alla salute individuale e collettiva.  La copertura garantita dal codice STP include esplicitamente l'assistenza della salute dei minori. Se da normativa il minore straniero ha diritto all'automatica iscrizione al SSN, nella prassi le ASL in assenza di valido permesso di soggiorno spesso richiedono STP.
Visita medica di ingresso	Entro i primi 5 giorni dall'ingresso (raccomandazione)	Medico di struttura e mediatore linguistico culturale		Raccolta dati anamnestici e accertamento salute psico-fisica del migrante. Apertura scheda sanitaria personale.
Iscrizione Sistema Sanitario Regionale e Scelta del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) per i maggiori di anni 14	Contestualmente al rilascio del permesso di soggiorno per richiesta di asilo	Operatore referente area sanitaria	Mail - se presente - a referente dell'azienda sanitaria per le pratiche dei beneficiari di accoglienza specificando dati anagrafici e tipologia permesso di soggiorno. Oppure contattando l'Ufficio Assistenza Estero/Ufficio Anagrafe sanitaria zonale; per l'AUSL Toscana sud est: <a href="mailto:anagrafesanitaria@uslsudest.toscana.it">anagrafesanitaria@uslsudest.toscana.it</a>	L'elenco, gli orari ambulatoriali e i contatti dei medici/pediatra operanti nel Comune di riferimento sono consultabili al link <a href="https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per-scegliere-il-medico-o-il-pediatra/orari-ambulatori-medici-e-pediatri-di-famiglia">https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per-scegliere-il-medico-o-il-pediatra/orari-ambulatori-medici-e-pediatri-di-famiglia</a> Al momento dell'iscrizione viene rilasciato fac-simile provvisorio della carta sanitaria; l'originale è spedito via posta alla struttura di accoglienza dall'Agenzia delle Entrate.
Richiesta Esenzione				Rilascio Esenzione E02 per la durata di 2 mesi. Al momento della scadenza è richiesta l'Esenzione E93 (per richiedenti asilo) della durata di 10 mesi. Oltre i 10 mesi verificare se l'utente può avere accesso ad altre esenzioni (es. per reddito, per particolari patologie), altrimenti i beneficiari dovranno partecipare alla spesa sanitaria che non è a carico dell'ente gestore.
Prima visita PLS /MMG e richiesta esami di screening	Entro 1 settimana da iscrizione sanitaria (raccomandazione)	Accompagno da parte dell'operatore referente e - ove necessario - del mediatore linguistico culturale	L'appuntamento è preso contattando direttamente lo studio del medico	Per gli esami di screening, quale ricerca attiva di malattie, dei richiedenti asilo previsti dall'AUSL Toscana Sud est si rimanda al link <a href="https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo">https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo</a> .

**1. PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA****1.1. ISCRIZIONE SANITARIA E SCREENING D'INGRESSO**

Nella fase di screening sono compresi anche tutti gli interventi rivolti alla salute donna e quelli relativi alle vaccinazioni obbligatorie dei minori, approfonditi nelle rispettive procedure.

Si raccomanda inoltre la programmazione:

- di screening vaccinale adulti;
- vaccinazione covid-19.

**Tab. 2 Fasi della prevenzione sanitaria.**

INTERVENTI	CARATTERISTICHE	OPERATORI/SERVIZI COMPETENTI
Prevenzione primaria	Percorsi di educazione alla salute e di sensibilizzazione sul tema della salute; informazione sui servizi sanitari territoriali; screening epidemiologici e vaccinazioni.	Psicologa, medico di struttura, operatore di orientamento al territorio, mediatore linguistico culturale in raccordo con MMG, PLS, Servizio di Igiene Pubblica e Consultorio familiare (per le donne RPI).
Prevenzione secondaria (prima fase)	Osservazione e individuazione precoce di (anche potenziali) vulnerabilità sanitarie, quali disabilità, patologie, psicopatologiche o disagi psico-emozionali dei RPI; attività di osservazione e raccolta anamnestica esaustiva in colloqui individuali con approccio transculturale.	Psicologa, medico di struttura, mediatore linguistico-culturale in raccordo con MMG, PLS.
Prevenzione secondaria (seconda Fase)	Presenza in carico e attivazione interventi diagnostici, terapeutici, farmacologici da parte dei servizi sanitari territorialmente competenti.	Reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali e specialistici in raccordo con l'equipe di struttura e con il medico curante.
Prevenzione Terziaria	Interventi volti a ridurre la gravità e le complicazioni di situazioni patologiche. Può implicare attivazione procedure riconoscimento L.104/92.	Reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali e specialistici in accordo con l'equipe di struttura e con il medico curante.

## 1. PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA

### 1.2. IL RUOLO DELL'EQUIPE INTERDISCIPLINARE NELLA PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA

All'interno dei CAS il servizio di assistenza sanitaria si configura secondo un approccio interdisciplinare integrato; i compiti sono distribuiti in base alle competenze delle figure professionali, gli interventi sono condivisi nelle riunioni di equipe e sono promosse prassi collaborative e sinergia con servizi socio-sanitari territoriali.

L'equipe nella *rilevazione e valutazione multidimensionale dei bisogni socio-sanitari* adotta una metodologia partecipativa privilegiando l'osservazione partecipante. Ogni professionista, nello svolgimento dei propri compiti condivide tempestivamente con l'equipe particolari esigenze di carattere socio-sanitario che richiedono tempestiva presa in carico; la decodifica della domanda sanitaria tiene conto delle variabili di carattere culturale e della storia biografica, del vissuto e progetto migratorio.

L'equipe restituisce al RPI la valutazione del bisogno socio-sanitario fornendo informazioni chiare ed esaustive sullo stato di salute e sugli interventi necessari anche al fine della raccolta del consenso.

Una volta valutata la condizione generale all'ingresso, l'equipe monitora lo svolgimento di eventuale percorso clinico-terapeutico condiviso con il beneficiario attraverso periodici colloquio, valutando il livello di compliance e insight dell'ospite e offrendo uno spazio di ascolto e di supporto.

La presa in carico sanitaria deve essere sempre effettuata in accordo con il beneficiario e realizzata in un'ottica transculturale; la mediazione linguistica culturale offre infatti la possibilità di esplicitare i diversi approcci del medico e del paziente al 'sistema salute' e al concetto di malattia e di cura al fine di costruire una solida alleanza terapeutica che sia alla base del percorso di assistenza, eventuale trattamento e riabilitazione. In tal senso la mediazione linguistica culturale svolge una funzione fondamentale nella tutela del benessere bio-psico-sociale del RPI, migliora la qualità dell'assistenza sanitaria offerta, favorisce l'interazione clinica-terapeutica e diminuisce la probabilità di incorrere in errori diagnostici e di trattamento<sup>3</sup>. Si ricorda che anche i servizi socio-sanitari territoriali afferenti all'AUSL Toscana sud est e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese hanno la possibilità di attivare la mediazione linguistica-culturale inviando apposita richiesta all'ente erogatore del servizio; in tal senso è opportuno segnalare tale necessità al momento della prenotazione delle visite mediche.

Come già ribadito nell'introduzione, particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione, assistenza e presa in carico delle c.d. vulnerabilità, ovvero ai sopracitati "portatori di esigenze particolari" la cui condizione deve essere tempestivamente segnalata alla Prefettura di competenza territoriale fornendo altresì aggiornamenti sul percorso assistenziale attivato.

<sup>3</sup>\* 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 (2017). Consultabile al link: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2599\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf)

## 1. PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA

Tab. 3 Ripartizione compiti dell'equipe nella presa in carico socio-sanitaria del RPI

RUOLO	COMPITI
Medico responsabile sanitario	Intrattiene rapporti necessari con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente ed effettua le notifiche previste per legge; assicura la visita medica d'ingresso, la rilevazione di dati anamnestici nonché, al ricorrere delle esigenze, gli interventi di primo soccorso sanitario; rileva eventuali condizioni morbose e/o cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza o di interventi specialistici; fornisce interventi di educazione sanitaria; provvede alla presa in carico e all'individuazione dei percorsi di assistenza e cura più adeguati, alla segnalazione dei casi vulnerabili alle Autorità competenti, alla valutazione di specifiche condizioni di vulnerabilità. N.B. eventuali approfondimenti diagnostici e/o interventi terapeutici e/o specialistici saranno decisi dal medico di base sulla base delle valutazioni complessive sullo stato di salute.
Assistente Sociale	Svolge colloqui mirati all'individuazione e valutazione delle specifiche necessità e risorse del RPI da condividere in equipe; svolge colloqui periodici di monitoraggio benessere psico-sociale; ricopre ruolo di case manager a livello operativo, di coordinamento e monitoraggio nel percorso complessivo di presa in carico del RPI nelle sue diverse dimensioni, compresa quella socio-sanitaria.
Psicologo	Referente per l'anamnesi psicologica, la rilevazione di indicatori di tratta o di esigenze particolari di cui all'art. 17 del decreto legislativo n.142/2015, l'individuazione di potenziali fattori di rischio al benessere del RPI ed eventuali elementi di disagio psico-emotivo; svolge colloqui di sostegno psico-sociale; nel caso di beneficiari con specifiche esigenze di presa in carico, in condivisione con l'equipe, attiva i necessari interventi psico-socio-sanitari finalizzati all'adozione ed attuazione di misure di assistenza e di supporto.
Operatore	Nella dimensione della quotidianità, ricopre ruolo privilegiato di osservatore per la rilevazione di possibili bisogni socio-sanitari; organizza operativamente i percorsi sanitari del RPI agendo secondo le indicazioni del medico di struttura, del PLS/MMG e dell'equipe; garantisce la comunicazione delle visite mediche programmate e gestisce gli accompagnamenti; ove necessario, partecipa ai colloqui sanitari fornendo un rimando rispetto alla situazione osservata; tiene e aggiorna la scheda sanitaria; insieme al medico di struttura facilita e monitora la somministrazione di eventuale terapia farmacologica, anche attraverso strumenti di supporto (calendario, vigilanza auto-somministrazione, etc.). E' buona prassi individuare un solo operatore referente per l'area sanitaria.
Operatore orientamento al territorio	Offre orientamento, supporto ed accompagnamento per la fruizione dei servizi offerti dai presidi sanitari.
Mediatore linguistico culturale	Risorsa trasversalmente a sostegno delle altre figure professionali; è informato preventivamente sull'oggetto e motivazione dell'intervento e altresì sulla situazione del beneficiario. Supporta la decodifica della domanda sanitaria e la restituzione delle valutazioni e degli interventi dell'equipe. Nei colloqui clinici è una figura chiave del setting terapeutico vista la dimensione culturale dei significati di cura, malattia e sintomi. E' preferibile individuare mediatore che parli l'idioma del paese di origine del beneficiari, piuttosto che lingue veicolari, per cogliere le sfumature di carattere culturale; preferibile altresì garantire continuità utilizzando lo stesso mediatore.

## 2. PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Assumendo il *significato multidimensionale di 'salute'* quale stato di generale benessere fisico, mentale e sociale<sup>4</sup>, la presa in carico dei RPI in accoglienza straordinaria si configura secondo un approccio "integrato, trasversale, multidisciplinare e interculturale".

Nel percorso di accoglienza il beneficiario è supportato nei diversi aspetti di vita: salute, benessere psico-fisico, procedimenti legale/amministrativi, apprendimento della lingua, integrazione, orientamento al territorio e progetto di vita indipendente per la fuoriuscita.

L'intervento deve essere sempre adattato alle esigenze specifiche della singola persona, nel riconoscimento della sua unicità. Risulta pertanto opportuna la definizione di un progetto individualizzato finalizzato - pur nella temporaneità dell'accoglienza straordinaria - a orientare, sostenere e accompagnare i migranti in percorsi socio-sanitari, legali e di integrazione secondo *i principi di autodeterminazione, sviluppo e potenziamento delle capacità, autonomie e autoefficacia*; per quanto concerne i minori, particolare attenzione sarà dedicata alla dimensione educativa e quindi alla promozione dello sviluppo psico-sociale, di costruzione identitaria, di apprendimento e di inclusione nel contesto di accoglienza.

La costruzione del progetto individualizzato è un processo *dinamico e flessibile* che prevede l'intervento sinergico e integrato di tutte le figure professionali dell'equipe nelle rispettive aree di competenze; in tutte le fasi si privilegia, sempre secondo l'approccio transculturale, l'ascolto attivo del RPI, la partecipazione nella definizione di obiettivi e delle azioni da attivare.

Le informazioni sono raccolte nel rispetto della *privacy* del RPI e sono pianificati con anticipo i temi, le modalità e la durata dei colloqui predisponendo setting adeguati. I colloqui con i minori si svolgono compatibilmente all'età e al livello di maturità e/o con i genitori/tutore legale.

Il progetto individualizzato sarà parte integrante della cartella personale dei migranti: si raccomanda pertanto l'utilizzo di un modello compilabile informatico e cartaceo, sempre aggiornato, che tenga traccia dell'evoluzione del processo di presa in carico.

È buona prassi individuare un *project manager* - solitamente l'assistente sociale di struttura - deputato al monitoraggio e al coordinamento del progetto individualizzato del RPI.

### Il progetto individualizzato dovrà contenere:

- dati anagrafici;
- biografia personale e progetto migratorio;
- percorso legale;
- bisogni e vulnerabilità rilevati;
- attitudini, capacità, autonomie e aspirazioni;
- risorse familiari e relazionali;
- servizi territoriali e risorse comunitarie (associazioni sportive, volontariato ecc.) attivabili;
- obiettivi da raggiungere;
- interventi da attivare, attori coinvolti e rispettivi compiti;
- cronoprogramma;
- azioni di monitoraggio e verifica.

**Tab.4 Fasi del progetto individualizzato**

FASI	CARATTERISTICHE	NOTE
Fase conoscitiva - Entro due settimane dall'ingresso (raccomandazione)	Osservazione e raccolta di informazioni relative al profilo del RPI (cultura d'origine, grado di scolarizzazione, sviluppo psichico, temperamento, maturità, esperienza pregresse), vissuto e progetto migratorio, ambiente familiare rapporti affettivi, eventuali condizioni di particolare vulnerabilità, risorse individuali e familiari, competenze e aspirazioni.	Attenzione alle rappresentazioni culturali e ai significati impliciti ai discorsi e ai comportamenti del migrante (decentramento culturale) a bisogni latenti.
Fase valutativa - decisionale Entro il primo mese dall'ingresso (raccomandazione)	Valutazione in equipe e formulazione di ipotesi di intervento per i diversi ambiti (sanitario, sociale, educativo, ecc.); restituzione della valutazione e definizione condivisa del progetto individualizzato.	Rilettura integrata degli elementi raccolti dalle diverse figure professionali, dei bisogni emersi, delle potenzialità, personali e del contesto, delle risorse effettivamente disponibili e attivabili. Le azioni nei diversi ambiti di intervento sono costruite secondo una logica di armonizzazione, integrazione e coerenza.
Prevenzione secondaria (seconda Fase)	Presa in carico e attivazione interventi diagnostici, terapeutici, farmacologici da parte dei servizi sanitari territorialmente competenti.	Reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali e specialistici in raccordo con l'equipe di struttura e con il medico curante.
Fase operativa - monitoraggio e verifica in itinere	Attuazione degli interventi previsti, accompagnamento del RPI nella fruizione degli stessi e attivazione dei diversi attori coinvolti. Monitoraggio degli interventi - anche in termini di efficacia e di neutralizzazione di potenziali fattori di stress - e valutazione dei cambiamenti avvenuti.	Circolarità del processo valutativo: in base agli esiti degli interventi attuati il progetto può subire modifiche o rimodulazioni.

<sup>4</sup>\* Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



# PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - Integrazione nel Territorio Senese - Prefettura di Siena**  
PROG-3676 - CUP F39C20000440007

Progetto cofinanziato da



# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 LA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI<sup>1</sup>

L'emigrazione rappresenta indubbiamente un fenomeno tanto stressante e connesso a esperienze traumatiche da determinare una condizione di maggiore fragilità della salute mentale dei migranti, quale componente fondamentale del benessere e della salute globale dell'individuo.

Nel contesto di appartenenza guerre, persecuzioni, violenza, difficoltà economiche e sociali, processi di marginalizzazione o stigmatizzazione della persona sono tra le cause all'origine della decisione o della necessità di lasciare il proprio paese. Anche durante il viaggio e l'attraversamento di numerosi paesi prima dell'arrivo in Europa i migranti possono subire abusi, violenze fisiche, psicologiche e sessuali, cadere vittime della tratta di esseri umani o passare lunghi periodi in condizioni di sfruttamento lavorativo o di detenzione.

Anche la fase dell'arrivo e il successivo periodo di inserimento nel contesto di accoglienza è spesso caratterizzato da condizioni di *stress transculturale*<sup>2</sup> che possono incidere sulla condizione di vulnerabilità fino a possono portare al c.d. effetto di *ritraumatizzazione secondaria*.

I principali fattori concorrenti sono:

- condizione di vita precarie;
- differenza della lingua, costumi e stato sociale;
- esclusione e svantaggio;
- assenza di reddito;
- nostalgia e preoccupazioni per la situazione lasciata nel proprio Paese di origine;
- problematiche relative all'iter della richiesta di asilo, che può avere tempi di definizione e di attesa molto lunghi;
- problematiche di inserimento nelle strutture dei diversi progetti di accoglienza;
- distanza della realtà dalle aspettative migratorie.

## 1.2 MIGRANTI VITTIME DI TRAUMI E/O VIOLENZE<sup>3</sup>

Si stima che il 25-30% dei rifugiati hanno subito una qualche forma di violenza estrema: tortura, stupro, altre forme di violenza (isolamento, prigionia, testimonianza di morti violente, naufragi, etc.).

Tra coloro che sono vittime di traumi estremi tra il 33% e il 75% sviluppa psico-patologie specifiche e complesse, l'alta variabilità riscontrata è da attribuirsi soprattutto a differenze sostanziali della popolazione studiata in termini di percorsi post-migratori.

Oltre ai sintomi comuni del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)<sup>4</sup> tra cui sintomi intrusivi, sintomi di evitamento, alterazioni di pensieri e emozioni, alterazione dell'arousal e della reattività, possono associarsi disturbi psicosomatici, depressivi e/o abuso di sostanze.

Altresì emergono sempre più frequentemente conseguenze psicopatologiche complesse attualmente riconosciute sotto il capello di "PTSD con dissociazione" o "Complex PTSD" e che ricomprendono, oltre ai sintomi del PTSD, disturbi dell'identità e della coscienza, dell'attenzione e della concentrazione, disregolazione emotiva e degli impulsi, cambiamenti nella percezione del sé, nel comportamento, nelle relazioni e nei significati.

L'alta variabilità della sintomatologia di tali disturbi rischia di non essere correttamente interpretata da personale sanitario privo di specifica formazione ed esperienza; la mancata individuazione del RPI vittima di traumi e/o violenze estreme e attivazione di un trattamento adeguato, può comportare un'evoluzione dei quadri clinici psico-patologici, siano essi manifesti o latenti, in senso peggiorativo o cronico.

In questo quadro complesso accanto alla valutazione di impostazione organicistica occorre privilegiare un approccio qualitativo che tenga conto dei fattori di ordine sociale, culturale e altresì degli aspetti legali.

Infatti occorre tenere presente che il bagaglio di sofferenza dei migranti non necessariamente si traduce in disturbi psicopatologici per cui per ogni singolo caso occorre valutare quali e che tipo di interventi di medico-psicologico, socio-educativi e giuridici attivare secondo le specifiche necessità.

<sup>1</sup>\* "Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati" - Giancarlo Santone, Roberto Benedue e Simona Taliani, Manuale Sprar, 2010, disponibile su [https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2016/06/Le\\_dimensioni\\_del\\_disagio\\_mentale\\_-\\_Cittalia\\_2010.pdf](https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2016/06/Le_dimensioni_del_disagio_mentale_-_Cittalia_2010.pdf)

<sup>2</sup>\* Mazzetti M. (1996) Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. L'Harmattan Italia, Torino.

<sup>3</sup>\* 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 (2017). Consultabile al link: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2599\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf)

<sup>4</sup>\* Per un approfondimento sui sintomi e le cure del PTSD si rinvia al sito: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/ansia-e-disturbi-correlati-allo-stress/disturbo-da-stress-post-traumatico>

**1. INTRODUZIONE****1.3 SALUTE MENTALE DEI MINORI MIGRANTI<sup>5</sup>**

La maggiore vulnerabilità dei minori migranti è dovuta all'esposizione a difficoltà e/o eventi traumatici prima, durante e dopo la migrazione che si ripercuotono sullo sviluppo delle competenze e dei processi cognitivi, affettivi, morali, relazionali e nella costruzione identitaria.

Per i minori stranieri non accompagnati (MSNA) l'assenza/lontananza nel contesto di accoglienza di familiari o figure affettive di riferimento rappresenta un ulteriore elemento di fragilità.

Nei minori traumi estremi, violenze e/o torture intenzionali subite possono portare allo sviluppo di sintomi del quadro diagnostico del PTSD tra cui: disturbi del sonno, evitamento di stimoli e situazioni associate al trauma, irritabilità e aggressività etero e auto diretta, dolore cronico e disturbi psicosomatici, depressione, isolamento, distacco emotivo e sociale, ansia, reazioni regressive rispetto alla fase di sviluppo, spiccata dipendenza, disturbo della condotta, abuso di sostanze stupefacenti e alcool e difficoltà di adattamento. Devastanti possono essere le conseguenze sulle ragazze minori vittime di queste esperienze per la cui presa in carico si rimanda alla *Procedura per la presa in carico della vulnerabilità di genere*.

Nella fase post-migratoria una delle sfide più complesse è l'*acculturazione*, ovvero il processo simultaneo di partecipazione alla nuova culturale e di mantenimento della propria identità culturale necessaria, per una riorganizzazione emotiva e cognitiva della nuova esperienza di vita. Tale processo, per ridurre il rischio di alienazione, frammentazione e ritraumatizzazione deve avvenire gradualmente, ovvero configurarsi in un sistema integrato e di prossimità che crei continuità nello scambio e dialogo tra agenti di tutela, di accoglienza, di cura e di integrazione; in tal senso anche per i minori in carico ai Servizi SMIA (Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) territoriali bisogna declinare gli interventi considerando le diverse dimensioni del bisogno nonché gli aspetti pratici e le molteplici sfide quotidiane.

<sup>5</sup>\* *Ibidem*, 2017.

<sup>6</sup>\* Berry, J. W. (1997). *Immigration, acculturation, and adaptation*. *Appl Psychol*, 46(1), pp. 5-34.

**1. INTRODUZIONE**

In questo quadro, l'intervento terapeutico per i minori migranti in carico al Servizio SMIA volto a:

- favorire la capacità di riconoscere e gestire i propri stati emotivi, i processi cognitivi e le proprie reazioni psicofisiologiche;
- supportare il minore nel difficile compito evolutivo di consolidamento della propria struttura psichica ricreando continuità biografica/esistenziale, ovvero creando una connessione, temporale e di significato, tra passato, presente e futuro;
- individuare i fattori di resilienza e far sì che il minore possa riconoscerli e utilizzarli come "leva" nel suo percorso di integrazione e adattamento;
- creare i presupposti (ambientali, relazionali) e fornire gli strumenti che permettano al minore stesso di sperimentare e mettere in atto nuove strategie di coping.

## 2. FASI DELLA PRESA IN CARICO

La presente procedura per la presa in carico della vulnerabilità psicologica/psichiatrica dei RPI fornisce all'equipe multidisciplinare dei CAS un modello processuale nell'ambito della tutela della salute mentale, con particolare attenzione ai compiti e interventi delle diverse figure professionali che vanno letti in un'ottica di integrazione.

A margine, sono inoltre approfondite le seguenti tematiche:

- Comorbidità fra disturbi mentali e dipendenze patologiche;
- La certificazione medico-legale.

L'intero percorso è orientato secondo *l'approccio transculturale*: come già detto, ai fini di diagnosi e trattamento non si può prescindere dai significati culturalmente connotati di malattia e cura, ovvero dall'approccio al sistema salute; ciò rimanda alla centralità e trasversalità della mediazione linguistica culturale nella tutela bio-psico-sociale del RPI, nella costruzione di alleanze terapeutiche e nella riduzione del rischio di errori diagnostici e/o di trattamento.

### 2.1 FASE CONOSCITIVA

Il primo livello d'intervento, è rappresentata dall'osservazione della persona nel suo processo di vita all'interno del sistema di accoglienza e dall'implementazione di azioni finalizzate a promuovere la conoscenza e la relazione con il RPI.

Gli interventi per l'identificazione dei soggetti vulnerabili possono essere molteplici a seconda del tipo di vulnerabilità e richiede un'osservazione dei comportamenti verbali e non verbali dei migranti, nonché delle modalità relazionali e atteggiamenti con gli altri ospiti e con i professionisti dell'equipe; molte sintomatologie di malessere si esprimano difatti sul piano fisico- comportamentale.

L'*osservazione* non si esaurisce all'ingresso, ma è continua e costante nell'intero percorso di accoglienza. Tra gli aspetti su cui porre attenzione ricordiamo: sintomi di malessere fisico (mal di testa, mal di stomaco, etc.); difficoltà di socializzazione, sia con gli operatori che con gli altri ospiti; difficoltà a partecipare alle attività, ad apprendere la lingua e/o in generale difficoltà a ricordare e/o a concentrarsi; difficoltà comportamentali (aggressività, alterazione di stati di umori, stati rivendicativi, atteggiamenti persecutori); difficoltà a dormire, ipersonnia, stati di ansia, agitazione, ipervigilanza, apatia; consumo o abuso (anche presunto) di alcool, sostanze stupefacenti e/o farmaci e/o, inclinazione al gioco di azzardo; mancanza di appetito.

Occorre precisare che nella fase di osservazione, a cui partecipa tutta l'equipe, l'operatore ricopre un ruolo centrale in quanto è la figura di maggiore prossimità che condivide la quotidianità con i beneficiari ed è facilitato pertanto nella costruzione di relazioni di fiducia e reciprocità. Saranno comunque i professionisti con profilo sanitario - medico di struttura e psicologa - a raccogliere le segnalazioni, approfondendo e indagando le cause delle sintomatologie rilevate.

In questa prima fase è ricompresa una parte *informativa* nella quale, in diversi momenti e ognuno per la sua funzione, si esplicita al beneficiario il ruolo, la funzione e gli obiettivi entro i quali si sviluppa il lavoro dell'equipe nonché i servizi, le modalità e le regole d'accoglienza; si possono altresì prevedere interventi informativi gruppal, coadiuvati dal mediatore linguistico-culturale.

**Tab. 1 Fase conoscitiva**

RUOLO	FUNZIONE	INTERVENTO
OPERATORE (ove necessario con MLC)	- promuove la relazione con il RPI; - osservazione e sostegno del RPI nella quotidianità.	- segnala allo psicologo e al medico di struttura, la necessità di un'ulteriore valutazione, informando l'assistente sociale; - richiede una valutazione sanitaria alle figure dell'equipe competenti, informando il direttore; - lavora costantemente sulla relazione di aiuto e di fiducia con la persona attraverso azioni quotidiane di prossimità e di risposta ai bisogni; - indirizza il migrante nel suo percorso di accoglienza con informazioni utili.
MEDICO DI STRUTTURA (con MLC)	- rileva sintomi di malessere fisico, psico/fisico; -rileva accertamenti necessari e bisogni specifici di cura.	- raccoglie e approfondisce le segnalazioni dei colleghi di equipe; - raccolta anamnestica sullo stato di salute generale del migrante; - provvede all'invio a MMG per accertamenti; - provvede a segnalare casi di fragilità e sofferenza psico-fisica al direttore e all'equipe.
ASSISTENTE SOCIALE (con MLC)	- raccolta informazioni sul profilo del RPI finalizzata alla lettura dei bisogni e delle risorse del RPI	- colloqui individuali con il RPI; - informa sul ruolo e sulle opportunità offerte sia dal progetto di accoglienza che dai servizi territoriali; - promuove confronto con gli operatori sugli aspetti della quotidianità; - segnala il caso di possibile vulnerabilità al Direttore e provvede all' invio allo psicologo e al medico di struttura per una valutazione.
PSICOLOGO (con MLC)	- indaga, sin dal colloquio di primo ingresso, la condizione psico-emo- tiva del migrante al fine di suppor- tarlo nel progetto di accoglienza e di identificare possibili stati di soffe- renza e condizioni di vulnerabilità compresi indicatori di tratta o di altri bisogni particolari che richiedono particolari interventi; - cura la relazione di aiuto.	- raccoglie e approfondisce le segnalazioni dei colleghi di equipe; - provvede alla raccolta anamnestica; - informa il beneficiario sul ruolo specifico; - se rileva elementi indicativi di vulnerabilità informa il Direttore e segnala all'assistente sociale.
OPERATORE PER L'INFORMAZIONE NORMATIVA E ORIENTAMENTO AL TERRITORIO	- fornisce informativa sul regola- mento di struttura, sugli obiettivi e servizi per l'accoglienza, sulla normativa in materia di accoglienza e protezione internazionale; -fornisce informativa e orienta- mento ai servizi territoriali.	- organizza colloqui di gruppo e individuali
DIRETTORE	- monitora che i servizi vengano garantiti	- supervisiona l'equipe

## 2. FASI DELLA PRESA IN CARICO

### 2. FASE VALUTATIVA-DECISIONALE

Qualora dalla fase conoscitiva emergano fragilità connesse alla sfera della salute mentale, sarà necessario procedere con una fase di valutazione più mirata dell'equipe del CAS - secondo livello d'intervento - che può prevedere anche l'attivazione l'invio ai servizi socio-sanitari territoriali competenti per indagini e/o presa in carico specialistiche - terzo livello d'intervento. *L'individuazione precoce della vulnerabilità psicologica/psichiatrica* rappresenta infatti presupposto indispensabile a una corretta valutazione clinico-diagnostica che indirizzi verso una tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

In questa fase è importante lavorare sull'emersione delle possibili cause delle sofferenze psico-fisico-somatico del migrante, anche attraverso il riconoscimento di segni e/o sintomi riconducibili a eventuali eventi traumatici facendo attenzione ad evitare la sovraesposizione alle memorie traumatiche. Il lavoro sulle memorie traumatiche, sulle preoccupazioni, difficoltà e fattori di stress, avviene in un *setting* adeguato e passa attraverso la libera narrazione degli eventi nel rispetto dei tempi del migrante orientandolo nella rielaborazione delle emozioni e significati in relazione ai propri vissuti, compresi quelli traumatici, e nella ricostruzione della continuità narrativa.

Contestualmente occorre *individuare interventi di carattere promozionale*, ovvero atti a prevenire il peggioramento di stati di malessere e/o patologici, tenendo opportuna considerazione anche di quei bisogni materiali, affettivi e di significato che concorrono alla condizione di vulnerabilità.

L'equipe di lavoro è tenuta a restituire al migrante, secondo un approccio transculturale e partecipativo, la valutazione sullo stato di bisogno e a condividere l'ipotesi di intervento che può prevedere l'invio ai servizi di salute mentale territoriale.

Ove si presenti la necessità o si riscontrino difficoltà nell'individuare l'origine del malessere, è opportuno indagare anche la presenza di eventuali malattie organiche del migrante, valutando insieme al Medico di Medicina Generale i diversi passaggi e gli eventuali controlli diagnostici da eseguire.

Come già anticipato al paragrafo n. 4 dell'Introduzione, è raccomandabile che i casi di richiedenti asilo vulnerabili siano comunicati tempestivamente al sistema SAI in modo da cercare fin da subito progetti dedicati anche nel tentativo anche di ridurre gli stati di cronicizzazione; in caso di accoglimento della richiesta è necessario un esaustivo passaggio di informazioni, comprovata dalla relativa documentazione, sul migrante vulnerabile, sugli interventi svolti e quelli in essere agli operatori della seconda accoglienza.

## 2. FASI DELLA PRESA IN CARICO

Tab. 2 Fase Valutativa-decisionale

RUOLO	FUNZIONE	INTERVENTO
OPERATORE (ove necessario con MLC)	- informa, accompagna e orienta il migrante agli accertamenti medico-diagnostici	- riporta in sede di colloquio con clinici il punto di vista dell'equipe; - riporta allo psicologo e all'assistente sociale quanto emerso in colloquio con i clinici; - riporta eventuali necessità sanitarie al medico di struttura; - prosegue nel suo intervento operativo secondo le indicazioni condivise con il beneficiario e l'equipe.
MEDICO DI STRUTTURA (con MLC)	- valuta grado di vulnerabilità e probabilità che il RPI abbia subito torture/violenze; - si assicura che la persona abbia acquisito le informazioni rispetto al suo stato di salute e al percorso diagnostico; - monitora l'iter diagnostico e lo stato di salute del migrante.	- svolge colloqui periodici con il beneficiario; - promuove scambi informativi con il MMG e i servizi specialistici.
ASSISTENTE SOCIALE (con MLC)	- coordina l'equipe nella formulazione di una valutazione integrata e condivisa e nell'elaborazione di ipotesi di intervento; - cura la restituzione al beneficiario; - si occupa dell'invio presso i servizi socio-sanitari territoriali	- organizza riunioni di equipe sul singolo caso; - promuove partecipazione del RPI al processo valutativo/decisionale accogliendone le istanze, rispondendo a dubbi e perplessità - espone in maniera chiara obiettivi, tempistiche e modalità degli interventi proposti e relativi compiti degli attori coinvolti; - provvede, in coordinamento con la psicologa, all'invio presso il servizio di salute mentale territoriale; orari, contatti e prestazioni del servizio di salute mentale nell'area senese sono consultabili al link <a href="https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/salute-mentale/ambito-senese">https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/salute-mentale/ambito-senese</a> - individua soluzioni, anche sulla base della rete territoriale, che possano contribuire al suo benessere psico-sociale sulla base delle specifiche caratteristiche; - aggiorna periodicamente il direttore.
PSICOLOGO (con MLC)	- valuta grado di vulnerabilità e probabilità che il RPI abbia subito torture o altre forme di violenza estrema; - valuta i fattori connessi alla condizione di vulnerabilità e malessere, indagando, secondo un approccio transculturale, le possibili cause anche in relazione ai contesi pre e post migratori; - individua possibili azioni di tutela e promozione del benessere del migrante; - cura la relazione di aiuto.	- svolge colloqui valutativi di approfondimento di cui condivide gli esiti con l'equipe; - ove necessario, propone al RPI valutazione da parte del servizio di salute mentale territoriale, specificando le motivazioni e raccogliendo il consenso; - provvede, in coordinamento con l'assistente sociale, all'invio presso il servizio di salute mentale territoriale; - condivide indicazioni operative con gli operatori sociali e l'assistente sociale per la promozione del benessere del migrante.
DIRETTORE	- monitora che i servizi vengano erogati; - segnala la condizione di vulnerabilità alla Prefettura e Istituzioni territoriali condividendo interventi previsti.	- supervisiona l'equipe

## 2. FASI DELLA PRESA IN CARICO

### 3. FASE OPERATIVA E DI MONITORAGGIO<sup>7</sup>

La *presa in cura o la presa in carico psichiatrica-terapeutica* da parte del servizio di salute mentale territoriale rende necessario un costante raccordo tra l'equipe del CAS e i clinici di riferimento, nonché un coinvolgimento attivo del beneficiario negli interventi che lo riguardano. Una volta stabilizzati i sintomi maggiormente disturbanti, bisogna sostenere il paziente nella riprogettazione del percorso di vita e del progetto migratorio garantendo spazi di ascolto e supporto psico-sociale, nonché monitorando il livello di *insight* del RPI circa il suo stato di salute, nonché quello di compliance terapeutica.

La presa in carico da parte del servizio specialistico consente inoltre di verificare le effettive necessità socio-sanitarie del migrante che dovranno essere certificate dai servizi pubblici preposti per poter poi essere utilizzate nei diversi contesti (CT, Tribunali, Servizio Centrale, Prefettura, Questura...) ai fine di garantirne la migliore tutela sia nell'ambito dell'accoglienza che del procedimento di richiesta protezione internazionale.

Contestualmente, la condizione di vulnerabilità legata alla salute mentale del migrante comporta l'attivazione di interventi atti ad alleviare le sofferenze della persona e a favorirne il benessere psico-sociale, ovvero *l'integrazione di interventi di carattere riabilitativo con quelli abilitativi* per l'acquisizione di competenze per rispondere ai compiti evolutivi e sociali del soggetto stesso; si tratta di superare il paradigma assistenzialistico e di passivizzazione del migrante con azioni orientate all'*empowerment* e all'autodeterminazione della persona.

In questa fase l'alleanza con i servizi socio-sanitari e con gli attori informali diventa pertanto strategica al fine di definire e sostenere le necessità di cura, tutela e promozione della persona; questa tipologia di intervento ricomprende tutte quelle azioni volte a favorire l'inclusione nel contesto d'accoglienza, la costruzione di relazioni positive, la valorizzazione delle competenze e autonomie del migrante, ovvero il senso di autostima e autoefficacia (iscrizione a Centro provinciale insegnamento adulti, corsi di formazione professionale, inserimento lavorativo, attività di volontariato etc.).

In alcuni casi si possono verificare episodi di *acutizzazione* dei sintomi psichiatrici tali da richiedere un intervento orientato fin da subito alla stabilizzazione, ovvero con un passaggio immediato o dall'SPDC (servizio psichiatrico diagnosi e cura) o dal CSM (centro di salute mentale) territoriale che valuterà se attivare un intervento in day hospital, il ricovero volontario o, nelle situazioni più emergenziali e di acuzia psicopatologica, di TSO (trattamento sanitario obbligatorio).

Una volta stabilizzata la persona, si potrà procedere ad una presa in carico orientata ad un mantenimento di una condizione di tenuta positiva cercando di limitare i fattori di rischio e di stress intorno al migrante e mettendo in campo strategia di risposta alle necessità di cura e di vita.

In altri casi si potrebbe invece segnalare alla Prefettura, alle Autorità e agli EELL, eventuali criticità e/o difficoltà di gestione del RPI con psico-patologie, tali da rendere necessari interventi per la messa in sicurezza della persona e della comunità.

<sup>7</sup>\* Ibidem, 2017.

**Tab. 3 Fase operativa e di monitoraggio**

RUOLO	FUNZIONE	INTERVENTO
OPERATORE (ove necessario con MLC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- facilita gli interventi atti alla soddisfazione dei bisogni trasversali del migrante secondo le indicazioni dell'equipe;</li> <li>- osserva e supporta il RPI nella quotidianità;</li> <li>- cura la relazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporta il RPI nelle attività quotidiane, anche di verifica e controllo per l'assunzione delle eventuali terapie anche con strumenti di supporto (es. calendari);</li> <li>- supporta il RPI nella fruizione e interventi e servizi previsti, sia nell'ambito dell'accoglienza che sul territorio, promuovendone la partecipazione attiva e limitando tempi di inattività;</li> <li>- segnala eventuali peggioramenti e/o evidenti cambiamenti degli stati della persona all'equipe;</li> <li>- accompagna e partecipa quando necessario ai colloqui clinici, riferendo il punto di vista dell'equipe;</li> <li>- riporta le indicazioni del clinico in ambito operativo;</li> <li>- ove necessario, partecipa ai colloqui con l'AS e la psicologa.</li> </ul>
MEDICO DI STRUTTURA (con MLC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitora lo stato di salute del migrante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettua controlli periodici;</li> <li>- se è prevista terapia, fornisce le informazioni e il supporto necessario per l'auto-somministrazione, verifica la posologia e la compliance terapeutica;</li> <li>- segnala eventuale inefficacia terapeutica ai clinici di riferimento aprendo ad un diverso percorso di riconoscimento dei sintomi.</li> <li>- In accordo con l'assistente sociale e la psicologa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede eventuali certificazioni sanitarie;</li> <li>- tiene i rapporti con i clinici e il medico curante;</li> <li>- predispone eventuali relazioni sullo stato di salute del migrante.</li> </ul> </li> </ul>
ASSISTENTE SOCIALE (con MLC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitora e coordina gli interventi di presa in carico socio-sanitaria integrata del migrante;</li> <li>- cura la relazione di aiuto;</li> <li>- raccoglie la documentazione necessaria alla tutela legale, socio-sanitaria e alla richiesta per i SAI dedicati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitora la programmazione degli interventi, verifica la continuità degli stessi e coordina gli operatori;</li> <li>- attiva le risorse territoriali, formali e non, in risposta ai bisogni sociali del migrante;</li> <li>- svolge periodici colloqui di monitoraggio con il RPI;</li> <li>- ove necessario, si occupa della richiesta di altre prestazioni (es. procedura invalidità per i titolari di protezione internazionale);</li> <li>- predispone documentazione per la segnalazione al Sistema SAI e ne sollecita la risposta;</li> <li>- quando il migrante è in attesa di convocazione da parte della Commissione Territoriale valuta richiesta, in accordo con lo stesso, di audizione protetta;</li> <li>- se il migrante è ricorrente, predispone la documentazione necessaria a riconoscere il percorso effettuato e le problematiche emerse per il Tribunale;</li> <li>- In accordo con la psicologa e il medico di struttura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede eventuali certificazioni sanitarie;</li> <li>- tiene i rapporti con i clinici e il medico curante;</li> <li>- predispone la relazione psico-sociale per le segnalazioni e gli aggiornamenti alla Prefettura.</li> </ul> </li> </ul>
PSICOLOGO (con MLC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- offre supporto psico-sociale al RPI curandone la relazione;</li> <li>- verifica la condizione psicologica della persona;</li> <li>- valuta il grado di comprensione della persona rispetto al proprio stato di salute mentale, l'adesione agli interventi e la loro efficacia individuando eventuali ostacoli/fattori di stress;</li> <li>- contribuisce alla raccolta documentale necessaria;</li> <li>- si occupa della preparazione psicologica del RPI all'audizione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- svolge periodici colloqui di supporto psico-sociale e di monitoraggio.</li> <li>- In accordo con l'assistente sociale e il medico di struttura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede eventuali certificazioni sanitarie;</li> <li>- tiene i rapporti con i clinici e il medico curante;</li> <li>- predispone la relazione psico-sociale per le segnalazioni e gli aggiornamenti alla Prefettura.</li> </ul> </li> </ul>
OPERATORE PER L'INFORMAZIONE NORMATIVA E ORIENTAMENTO AL TERRITORIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fornisce orientamento ai servizi territoriali in base alle specificità della presa in carico;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizza colloqui individuali;</li> <li>- collabora nella raccolta documentale;</li> <li>- collabora con la psicologa nella preparazione del RPI all'audizione.</li> </ul>
DIRETTORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica erogazione dei servizi e interventi a tutela del migrante;</li> <li>- aggiorna la Prefettura sul percorso di presa in carico del RPI, inviando la documentazione concernente alla situazione di vulnerabilità.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisione l'equipe;</li> <li>- chiede aggiornamenti periodici all'assistente sociale;</li> <li>- segnala alla Prefettura, alle Autorità e agli EELL situazioni di particolare fragilità.</li> </ul>

## APPROFONDIMENTO n. 1: COMORBIDITÀ FRA DISTURBI MENTALI E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Nei migranti RPI con vulnerabilità di carattere psicologica/psichiatra possono verificarsi situazioni di comorbidità con forme di dipendenze patologiche soprattutto da alcool, cannabis e farmaci, ma sempre più spesso anche problematiche di ludopatia.

Su questo fenomeno non ci sono molti dati epidemiologici, ma è esperienza abbastanza concorde degli operatori sul campo che siano problematiche frequenti, che tendono ad aumentare quanto più le persone si trovano in uno stato di marginalizzazione. Inoltre, l'utilizzo di sostanze o l'abuso di alcool, risulta spesso correlato ad un tentativo della persona di alleviare o diminuire i sintomi della sofferenza psico-fisica tipici dei pazienti traumatizzati, così come delle persone che mettono in moto meccanismi di overthinking rispetto alla propria situazione di disadattamento sociale.

### Segnali di una dipendenza possono essere:

- Incapacità a controllare/limitare il consumo di alcolici;
- Ricerca compulsiva di bevande alcoliche e/o sostanze per evitare l'effetto astinenza;
- Tendenza a superare l'assuefazione con l'aumento delle dosi;
- Alterazioni comportamentali;
- Tendenza all'isolamento;
- Deterioramento e perdita delle relazioni sociali;
- Problematiche sociali, familiari e lavorative;
- Perdita di interesse verso tutte le altre attività quotidiane.

Il sospetto di un abuso di sostanze va affrontato con il beneficiario in colloquio, nel tentativo anche di indagarne le cause e di esplicitare le possibili conseguenze sul piano legale, fisico e sociale nonché le ipotesi di intervento a supporto.

La situazione è segnalata al clinico di riferimento della salute mentale per individuare le modalità di intervento più adeguate e valutare l'eventuale invio presso il servizio per le dipendenze territoriale.

Le sedi, contatti e orari del Servizio per le Dipendenze nell'area senese sono consultabili al link: <https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze/ambito-senese/ser-d-zona-senese>

## APPROFONDIMENTO N.2: LA CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE<sup>8</sup>

Nel contesto della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale la certificazione medico-legale secondo gli standard internazionali<sup>9</sup> rappresenta un valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare il riconoscimento della protezione internazionale, ovvero a valutare la compatibilità tra la sintomatologia medica e psicologica e le narrazioni rese dai RPI in merito alle torture, maltrattamenti o traumi subiti.

### La certificazione può essere inoltre prodotta per una o più delle seguenti motivazioni:

- informare sulle difficoltà psicologiche (paura, vergogna) del RPI nella ricostruzione degli eventi, dando spiegazioni sul possibile insorgere d'incongruenze e contraddizioni nella narrazione, dovuti a esempio a disturbi della memoria o episodi dissociativi, o fornendo delucidazioni sulla possibile riluttanza nella descrizione di episodi particolarmente traumatici del proprio vissuto;
- accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata, che determinano fragilità e/o necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative al fine di dare indicazione sui possibili effetti sulla salute psico-fisica del richiedente di un eventuale rimpatrio;
- informare l'organismo accertante sull'impossibilità del RPI di sostenere l'audizione per le sue condizioni di salute psico-fisica o sulla necessità di un'audizione protetta e assistita;
- fornire una valutazione circa l'impatto che la tempistica della procedura può avere sul percorso terapeutico o sul decorso della sintomatologia del RPI dando indicazioni sull'opportunità di anticipare o posticipare l'audizione.

È opportuno informare la Commissione Territoriale, previo consenso del richiedente, l'esigenza procedurale specifica del RPI vulnerabile e inviare la certificazione medico-legale prima dell'audizione del RPI; può accadere altresì che la stessa Commissione Territoriale, seguito dell'audizione, rappresenti l'esigenza di acquisire suddetta certificazione segnalando, previo consenso del richiedente, la condizione di vulnerabilità ai fini di presa in carico sanitaria.

Considerando le implicazioni di carattere etico, giuridico e assistenziale, la richiesta di certificazione medico-legale è parte integrante del percorso terapeutico e di presa in carico tale per cui il RPI deve essere adeguatamente informato e preparato psicologicamente per ridurre il rischio di ritraumatizzazione.

Le certificazioni sono svolte preferibilmente in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da centri/organizzazione convenzionati.

La certificazione contiene tutti gli elementi medico-psicologici, compresi quelli raccolti da altri professionisti diversi dal certificatore, ovvero, oltre ai dati di anagrafici e di contesto, l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica e traumatica e una conclusione sulla compatibilità tra violenze, traumi e torture riferite e lo stato di salute fisica e mentale della persona; alla certificazione può essere integrata documentazione fotografica degli esiti visibili di tortura o violenza.

È possibile scaricare fac-simili delle diverse tipologia di certificazione al seguente link:

<https://www.simmweb.it/aree-tematiche/le-politiche>

<sup>8</sup>\* Ibidem, 2017.

<sup>9</sup>\* Il principale riferimento in quest'ambito è la Convenzione di Istanbul per cui la certificazione medico-legale risponde ai criteri di: imparzialità, multidisciplinarietà, completezza, competenza degli operatori, adeguatezza del setting e tutela della riservatezza.

# 3

## PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DELLA VULNERABILITA' DI GENERE IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - Integrazione nel Territorio Senese - Prefettura di Siena**

**PROG-3676 - CUP F39C20000440007**

Progetto cofinanziato da



UNIONE  
EUROPEA



Prefettura di Siena



MINISTERO  
DELL'INTERNO

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1. LE MIGRAZIONI FEMMINILI

L'aumento vertiginoso riscontrato negli ultimi anni del numero di donne, anche minori, richiedenti la protezione internazionale, provenienti soprattutto da paesi che storicamente hanno avuto un flusso quasi totalmente maschile, sono un segnale di peggioramento delle condizioni di vita nei paesi di origine e delle loro gravi ripercussioni sulla popolazione femminile. Le donne possono emigrare sole, con uno o più figli minori o, meno frequentemente, con l'intero nucleo familiare.

In termini generali l'esperienza migratoria delle donne è caratterizzata da violenze fisiche, sessuali, economiche e psicologiche. Molto spesso queste donne subiscono violenze già nel proprio paese di origine anche all'interno del contesto familiare; oltre alle migrazioni forzate e quelle connesse a fattori di tipo socio-economico, è proprio la violenza di genere a essere tra le principali spinte alla migrazione femminile.

Il percorso migratorio può avvenire con varie modalità, più o meno rischiose e violente; in questa fase le donne perdono ogni diritto e si affidano alle organizzazioni che si occupano del transito, per poi passare nelle mani di chi sfrutterà la loro situazione di vulnerabilità legale ed economica nel Paese di destinazione. È qui che si realizza pienamente la condizione di assoggettamento e sfruttamento sessuale e di conseguenza l'esposizione al rischio di violenza fisica, economica, sessuale e psicologica.

Molteplici fattori impediscono alle rifugiate e richiedenti la protezione internazionale vittime di violenza e sfruttamento di emanciparsi nei contesti di accoglienza tra cui: la barriera linguistica, la mancanza di informazioni adeguate, la differente percezione della violenza rispetto ai contesti culturali di provenienza, la rete di relazioni con connazionali, le condizioni precarie di lavoro, le difficoltà nella regolarizzazione, la presenza di figli e il timore che vengano allontanati.

La Nigeria è il principale paese di provenienza delle donne richiedenti asilo in Italia; la maggior parte di loro, talvolta minorenni, proviene dallo stato dell'Edo e si affida ai trafficanti con la promessa di un lavoro certo in Europa ma giunte a destinazione sono costrette a prostituirsi per ripagare i debiti del contratto per emigrare.

Molte di loro ragazze sono inoltre sottoposte a rituali animisti come il "juju", un giuramento di obbedienza che, secondo le credenze locali, causerebbe terribili conseguenze nella vite di chi lo disattende rappresentando un potente elemento di coercizione e di ricatto in mano ai trafficanti.

Tra le vittime del trafficking per lo sfruttamento sessuale, che spesso rimangono fuori dalle reti di accoglienza e di protezione, ci sono anche donne di altre nazionalità tra cui ivoriane, camerunensi, latinoamericane e cinesi.

Negli anni si è registrato un trend in crescita nel riconoscimento da parte delle Commissioni Territoriali di donne vittime di tratta; allo sfruttamento sessuale che riguarda il 90% dei casi spesso sono legate situazioni di sfruttamento lavorativo e/o coercitivo<sup>1</sup>.

In aumento infatti sono i casi di tratta a scopo di matrimonio forzato/servitù domestica che vedono tra le vittime giovani donne le cui famiglie nel Paese di origine sono usate come strumento di ricatto affinché non si ribellino ai soprusi cui sono sottoposti<sup>2</sup>.

Tenendo conto di tali premesse, la presente procedura illustra le buone prassi da attivare a favore delle donne migranti in accoglienza straordinaria al fine di fornire loro un'adeguata tutela socio-sanitaria, con particolare attenzione al tema della tratta e dello sfruttamento.

<sup>1</sup>\* <https://www.ilsale24ore.com/art/unhcr-oltre-10mila-donne-rifugiate-sono-vittime-tratta-ADzdw33>

<sup>2</sup>\* <https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/docs/2021-05/Report%20tratta%2016072019.pdf>

## 2. AREA SANITARIA

### 2.1. SPECIFICHE ESIGENZE SANITARIE<sup>3</sup>

Gli effetti fisici e psicologici derivanti dall'abbandono dei propri paesi d'origine e dai lunghi e faticosi viaggi verso il continente europeo, aumentano i rischi complessivi di salute delle donne a seguito dell'esperienza migratoria. A questa maggiore vulnerabilità si aggiungono significative problematiche nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei paesi di destinazione a fronte di una bassa condizione socio-economica e irregolarità giuridica. Ulteriori fattori che possono limitare l'accesso ai servizi comprendono le differenze linguistiche, culturali ed economiche, le barriere istituzionali e strutturali, formali e informali, presenti nei diversi paesi di destinazione. Anche coloro che hanno subito violenze sessuali e abusi tendono a non cercare aiuto e assistenza sanitaria.

Analogamente, le condizioni di salute materno-infantile delle donne migranti spesso sono peggiori di quelle delle donne dei paesi ospitanti per fattori di rischio che precedono e che sono associati alla migrazione tra cui: la pianificazione familiare, la prevenzione, i comportamenti orientati alla salute, la violenza di genere, l'istanza di protezione internazionale.

I medesimi fattori connessi allo status di persona migrante nei paesi ospitanti possono avere un impatto negativo sulla salute materno-infantile; questi non sono solo legati alla gravidanza, al parto e al periodo post-partum, ma anche agli eventi che precedono il concepimento, legati ad un accesso discontinuo ai servizi e alle visite specialistiche.

La maggior parte delle donne migranti deve affrontare la gravidanza in condizioni di maggiore povertà, con una più elevata incidenza di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), di tagli cesarei, di parti strumentali e di complicazioni, rispetto alle donne non-migranti.

L'accesso delle donne migranti alle cure materno-infantili viene PERTANTO compromesso da diritti limitati e da problemi di familiarità, conoscenza, accettabilità, disponibilità e accessibilità economica.

### 2.2. PRESA IN CARICO SANITARIA<sup>4</sup>

Per le donne migranti, anche minori di età uguale o superiore ai 14 anni, il percorso di presa in carico sanitaria viene definito dall'AUSL Toscana Sud-Est nelle Linee Guida "I Controlli alla frontiera - La frontiera dei Controlli"<sup>5</sup>.

#### Sinteticamente il percorso prevede:

**1.** Entro un mese dell'arrivo, in presenza di mediatrice linguistica-culturale, visita presso il medico curante anamnesi clinica, vaccinale, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose. La prima visita include la richiesta di esami di screening e l'eventuale richiesta di ulteriori accertamenti su giudizio medico, in relazione alla presenza di segni o sintomi; i risultati saranno visionati in una seconda visita finalizzata altresì all'inserimento in eventuali percorsi sanitari e a fornire indicazioni per le vaccinazioni.

**2.** L'organizzazione di un colloquio informativo collettivo sulla salute femminile presso il Consultorio territorialmente competente nel quale trattare anche il tema delle mutilazioni genitali femminili. In questa occasione viene fornita la possibilità di un appuntamento per visita ostetrica e screening carcinoma cervice uterina e presentato materiale informativo in italiano, in lingua madre o veicolare. Si consiglia di svolgere l'incontro suddetto presso il Consultorio, o altro luogo neutro, e sempre alla presenza di una o più mediatrici linguistico-culturali, secondo le nazionalità presenti.

**3.** Visita ginecologica in presenza di mediatrice linguistica-culturale con screening cervice ed eventuale tampone da effettuarsi in seguito ad un primo accesso presso il medico di medicina generale, con l'obiettivo di rendere disponibili esami ematici di screening e test di gravidanza.

In questa sede sarà necessario valutare la presenza di mutilazioni genitali femminili; se presenti, potrà essere esposta la possibilità di inserimento nel percorso di prevenzione delle mutilazioni genitali femminili (MGF) per la prole presso il centro di riferimento di Careggi.

Si sottolinea l'importanza di lasciare alla donna lo spazio per la riflessione e la comprensione di quanto le viene proposto; si tratta infatti di processi di consapevolezza, qualora intrapresi, delicati e suscettibili, soprattutto nel frangente successivo il percorso migratorio ed eventuali vissuti traumatici. Inoltre, fuori da una prospettiva etnocentrica, è fondamentale considerare l'importanza che tale pratica riveste all'interno del contesto socio-culturale di origine, e quindi la possibile mancata volontà di inserimento in un dispositivo sanitario. Da considerare infine l'importanza, per le figure impegnate nell'accompagnamento della beneficiaria lungo il percorso di accoglienza, di porre le basi per una relazione fiduciaria trattandosi delle prime e delicate fasi di interazione e conoscenza reciproca.

<sup>3</sup>\* Linee Guida "I Controlli alla frontiera - La frontiera dei Controlli", sulle procedure sanitarie per le persone richiedenti la protezione internazionale. Consultabile al link <https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo>

<sup>4</sup>\* Cfr. Presa in carico socio-sanitaria dei richiedenti protezione internazionale in accoglienza straordinaria.

<sup>5</sup>\* <https://www.uslsudest.toscana.it/attachments/article/2281/PA-DSA-002b%20Percorso%20I%20controlli%20alla%20frontiera-La%20frontiera-dei%20controlli.pdf>. Per le istruzioni operative zonali e i contatti degli uffici territorialmente competenti si rimanda all'indirizzo <https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo>

**2. AREA SANITARIA****2.2. PRESA IN CARICO SANITARIA**

Per le *donne in gravidanza* si programma una visita ginecologica per datazione, epoca gestazionale e inserimento nel percorso di nascita con consegna del libretto gravidanza (entro una settimana dalla richiesta). Laddove siano rilevate mutilazioni genitali femminili è possibile concordare l'invio al Punto Nascita scelto per un'opportuna gestione del parto. Anche in questo caso, nel periodo post partum potrà essere proposto il percorso "Prevenzione MGF - Educazione alla salute", rivolto alla sensibilizzazione verso le figlie femmine, oltre che della madre.

Come già detto, trattando i temi della salute riproduttiva e sessuale legata alle modificazioni genitali femminili, l'accesso alla contraccezione, la poligamia e i diritti legati all'orientamento sessuale e all'identità di genere è necessario adottare una prospettiva clinica, storica ed antropologica.

L'accoglienza di donne in gravidanza o madri inserite all'interno di nuclei familiari o monoparentali, deve partire necessariamente dall'ascolto dei bisogni manifestati dalle stesse, presupposto essenziale alla costruzione di una relazione che possa addentrarsi nello spazio privato e di cura in maniera adeguata.

E' importante che le figure implicate a vario titolo nella presa in carico della donna siano di genere femminile e posseggano esperienza nell'ambito. Auspicabile pertanto la realizzazione di occasioni di condivisione, sempre alla presenza delle mediatrici, con l'obiettivo di un confronto sulle pratiche culturali in merito a sessualità, gravidanza e maternità ed altre tematiche sensibili. Questi spazi infatti possono rappresentare per le donne un luogo di ascolto dei loro problemi, delle difficoltà generando processi di *empowerment*, di supporto emotivo e materiale, tali da favorire la conoscenza reciproca e il mutuo aiuto.

**3. DONNE VITTIME DI TRATTA E SFRUTTAMENTO****3.1. NORMATIVA E IDENTIFICAZIONE DELLE VITTIME<sup>6</sup>**

La tratta di persone è riconosciuta come grave violazione dei Diritti Umani e affrontata da molteplici Convenzioni internazionali. Si ricordano, la Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale e suo Protocollo addizionale (Palermo, Dicembre 2000) e la Convenzione del Consiglio d'Europa n. 197 sulla lotta alla tratta di esseri umani (Varsavia, Maggio 2005).

Tra i numerosi atti di indirizzo e strumenti normativi che hanno affrontato il tema della tratta di esseri umani, si rilevano, in particolare, la Direttiva 2004/81/CE (Consiglio, 29 aprile 2004) e la Direttiva 2011/36/UE (Parlamento Europeo e Consiglio, 5 aprile 2011).

Quest'ultima, definisce questo fenomeno come: *"il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'alloggio o l'accoglienza di persone, compreso il passaggio o il trasferimento dell'autorità su queste persone, con la minaccia dell'uso o con l'uso stesso della forza o di altre forme di coercizione, con il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di potere o della posizione di vulnerabilità o con l'offerta o l'accettazione di somme di denaro o di vantaggi per ottenere il consenso di una persona su un'altra, a fini di sfruttamento", ampliandone la tipologia: "lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro o i servizi forzati, compreso l'accattonaggio, la schiavitù o pratiche simili alla schiavitù, la servitù, lo sfruttamento di attività illecite o il prelievo di organi"*.

Per la prima volta si riconosce la posizione di vulnerabilità della vittima di tratta la quale non ha possibilità di emanciparsi data la presenza di mezzi di coercizione; per tale motivo, qualora vi sia consenso della vittima, esso non viene ritenuto rilevante.

La norma prevede a loro favore misure di assistenza da garantirsi sin da quando sussiste un ragionevole motivo di ritenere che si è di fronte a una presunta vittima di tratta; é pertanto richiesto a ciascun Paese europeo di predisporre adeguati meccanismi di rapida identificazione, assistenza e sostegno alle vittime.

L'Italia, attraverso l'art. 18 del D.Lgs. 286/98 del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, adotta una specifica norma volta a consentire alle persone straniere vittime di situazioni di grave sfruttamento di accedere a programmi dedicati di protezione e assistenza e di ottenere un *permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale*.

Questa tutela si lega poi ai reati disciplinati dal Codice Penale connessi al fenomeno quali: riduzione o mantenimento in schiavitù (art. 600), tratta di persone (art. 601), acquisto o alienazione di schiavi (art. 602); intermediazione illecita (art.603bis) e in ultimo ai reati in materia di prostituzione (art.3 Legge75/58) e abuso sessuale (art.609bis e ss.c.p.).

<sup>6</sup>\* Linee guida UNHCR/Commissione Nazionale per il Diritto di Asilo "L'identificazione delle vittime di tratta tra i richiedenti protezione internazionale e procedure di referral". Consultabile al link: <https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2021/01/Linee-Guida-per-le-Commissioni-Territoriali-identificazione-vittime-di-tratta.pdf>

**3. DONNE VITTIME DI TRATTA E SFRUTTAMENTO****3.1. NORMATIVA E IDENTIFICAZIONE DELLE VITTIME**

Successivamente il D.Lgs.24/14 ha introdotto al comma 3 bis dell'art. 18 D.Lgs. 286/98, un programma unico di "emersione, assistenza e integrazione sociale" rivolto alle vittime dei reati previsti dagli articoli 600 e 601 del codice penale o che versano nelle ipotesi di cui al comma 1 dell'art. 18 D.Lgs. sopra citato prevedendo il rilascio di un permesso di soggiorno alle vittime di violenza o grave sfruttamento in concreto pericolo per la loro incolumità a fronte delle dichiarazioni rese nell'ambito di un procedimento penale o per la decisione di sottrarsi alla situazione di assoggettamento.

E' necessario sottolineare che il permesso di soggiorno previsto dall'art. 18 D.Lgs. 286/98 può essere rilasciato sia a seguito di denuncia e nell'ambito di procedimento penale (percorso giudiziario), sia in assenza di denuncia, ma nell'ambito del programma di assistenza e integrazione sociale che la vittima accetta di intraprendere attraverso la presa in carico di un ente abilitato all'assistenza delle vittime di grave sfruttamento; questo duplice percorso viene definito *doppio binario*.

Il permesso di soggiorno ha durata semestrale, con possibilità di rinnovo annuale o sino alla durata del procedimento penale. Laddove alla scadenza l'interessato svolga attività lavorativa, il rinnovo potrà essere previsto sulla durata del rapporto di lavoro o se indeterminato, sino a due anni.

In caso di minore età della vittima di tratta sono attivati gli interventi necessari in ordine alla sua sicurezza e incolumità e programmi di assistenza specifica che assicurino adeguate condizioni di accoglienza e di assistenza psico-sociale, sanitaria e legale anche con soluzioni di lungo periodo oltre il compimento della maggiore età<sup>7</sup>.

**Oggi tale permesso di soggiorno rientra nella fattispecie dei permessi di soggiorno per "casi speciali" introdotti dal D.L. 113/18 tra cui, in materia di violenza e sfruttamento, sono ricompresi:**

- *il permesso di soggiorno per vittime di violenza domestica* di durata di 1 anno e convertibile alla scadenza in permesso di soggiorno per motivi di lavoro o di studio (art.18-bis, T.U. Immigrazione);
- *il permesso di soggiorno per vittime di particolare sfruttamento lavorativo* di durata di 6 mesi, convertibile per un anno o per il maggior periodo occorrente alla definizione del procedimento penale e convertibile alla scadenza in permesso di soggiorno per motivi di lavoro (art. 22 c 12 quater e quinquies TU Immigrazione).

<sup>7</sup>\* Art. 17, L. 47/2017

**3. DONNE VITTIME DI TRATTA E SFRUTTAMENTO****3.1. NORMATIVA E IDENTIFICAZIONE DELLE VITTIME**

Al fine di integrare il Sistema di Protezione internazionale e quello per l'Anti-tratta il Ministero dell'Interno in collaborazione con l'UNCHR ha predisposto, nell'ambito del Piano nazionale di azione contro la tratta, delle Linee guida per la rapida identificazione delle vittime di tratta e sfruttamento e una procedura *referral* per il coordinamento e la segnalazione della persona e dei relativi bisogni specifici alle autorità o ai servizi competenti all'interno di un meccanismo standardizzato.

Nell'ambito dell'accoglienza straordinaria gli operatori concorrono alla identificazione preliminare della potenziale vittima che sono tenuti a segnalare alle Autorità Competenti per l'avvio della presa in carico, la messa in sicurezza e quindi dell'identificazione formale della sua condizione da parte degli enti specializzati del pubblico e del privato sociale di cui all'art. 18, comma 3bis D.Lgs. 286/98.

Qualora l'identificazione sia avvenuta prima dell'audizione presso la Commissione Territoriale, l'ente anti-tratta, o talvolta altro soggetto, si attivano per richiedere l'esame prioritario ai sensi dell'art. 28 D.Lgs. 25/08; è possibile inoltre condividere con la persona interessata l'invio di una relazione che esponga elementi utili alla valutazione della domanda. Per un approfondimento sugli indicatori specifici di condizioni di sfruttamento si rimanda al testo sopracitato.

Si tenga presente come le diverse forme di sfruttamento, possono spesso essere compresenti nell'esperienza del singolo individuo e possono riguardare donne, ragazze, uomini, ragazzi, persone gay, lesbiche, transgender e intersessuali, sebbene in questa sede ci si rivolga principalmente ad un profilo femminile.

## 4. LA PRESA IN CARICO SPECIFICA

La presa in carico delle donne richiedenti protezione internazionale da parte dell'equipe multidisciplinare del CAS ha l'obiettivo di supportarle nell'accesso e presa in carico da parte del sistema socio-sanitario territoriale e di promuoverne le condizioni di benessere, la protezione sociale e l'inclusione socio-lavorativa attraverso un approccio che sappia integrare la dimensione sociale, sanitaria e giuridica.

L'attenzione alle condizioni psico-fisiche dovranno tenere prioritariamente conto della salute femminile, di eventuali gravidanze, situazioni di violenza, tratta o sfruttamento nonché delle vulnerabilità in ambito psicologico-psichiatrico.

L'équipe lavora raccogliendo la storia personale della donna riferendosi al suo contesto di provenienza, inserendo quindi il sintomo descritto all'interno di una cornice geo/politica e socio/culturale. Pertanto, in riferimento alla multidimensionalità della presa in carico si prevede, oltre alla presenza costante di un mediatore linguistico-culturale, il coinvolgimento al bisogno di altre figure, anche esterne all'equipe del CAS, di profilo legale, clinico e antropologico.

Sin dal primo momento dell'accoglienza si pongono le basi per l'avvio della relazione di aiuto e si individuano i bisogni socio-sanitari prioritari per potere valutare il percorso di tutela maggiormente idoneo.

Trasversale al percorso di presa in carico è il servizio di *mediazione linguistica-culturale*. È fondamentale l'impiego di mediatrici donne connazionali con esperienze sulle problematiche in oggetto e che non abbiano relazioni interpersonali con le beneficiarie. Al fine di garantire continuità la mediatrice individuata sarà coinvolta altresì negli interventi attivati nell'ambito dei servizi socio-sanitari territoriali.

### I colloqui con le beneficiarie si svolgono in un *setting adeguato*:

- **Luogo/spazio:** è importante creare discontinuità rispetto ai luoghi che le ospiti frequentano abitualmente. È auspicabile che la stanza sia silenziosa e appartata al fine di assicurare la beneficiaria. Questa attenzione vuole offrire alla donna uno spazio di riappropriazione della propria presenza fisica e mentale; deve dunque trattarsi di un ambiente confortevole e che garantisca il massimo della riservatezza e confidenzialità del colloquio.

- **Il tempo dei colloqui** deve essere funzionale alla finalità specifica: i primi colloqui sono dedicati alla raccolta di informazioni, alla costruzione di una relazione di aiuti colloqui successivi alla costruzione della relazione d'aiuto, all'analisi dei bisogni impliciti ed espliciti, alla raccolta informazioni approfondite e utili al progetto individuale e alla preparazione della donna alla necessità di coinvolgere altre figure professionali.

I professionisti dell'equipe sono tenuti ad un atteggiamento accogliente, di ascolto attivo e privo di giudizio, al fine di mettere a proprio agio la persona.

Qualora nell'ambito di colloqui educativi e/o di orientamento ed educazione sanitaria si rilevino, anche all'interno di una narrazione frammentata e/o incoerente, situazioni di traumatismo il lavoro dell'equipe si orienterà verso un approfondimento e contestualizzazione del vissuto traumatico per valutare successivo invio ai servizi specifici.

Qualora si evidenzino indicatori preliminari tali da far desumere la presenza di tratta di esseri umani

e/o sfruttamento e/o violenza è necessario fornire alle beneficiarie idonea e completa informativa relativa alla normativa italiana in materia, ai servizi dedicati e ai possibili percorsi legali dando spazio a domande e perplessità e procedendo alla tempestiva presa in carico da parte del Consultorio territorialmente competente.

Per le vittime di tratta è opportuno chiedere una consulenza specifica nell'ambito del progetto S.A.T.I.S. (Sistema Antitratta Toscano Interventi Sociali) che offre un programma unico di emersione, assistenza, inclusione sociale, identificazione, strategie di prevenzione e reinserimento socio lavorativo delle vittime di tratta prevedendo la possibilità di ingresso in strutture di protezione. Per la zona senese il soggetto di riferimento per il progetto è l'ARCI Provinciale di Siena<sup>8</sup>. È possibile altresì rivolgersi al Consultorio Persefone di Firenze<sup>9</sup> dedicato a donne migranti vittime di tratta, violenza, tortura. A integrazione di tali percorsi è opportuno valutare altresì, anche sulla base di eventuali altri progetti attivi sul territorio, interventi di supporto etno-clinico.

In questo contesto è fondamentale garantire la massima riservatezza alla segnalazione all'ente quanto il massimo rispetto alla confidenzialità che avranno i colloqui con il personale dell'ente stesso; in molti casi l'invio a tali servizi richiedono la produzione di relazioni socio-psicologiche. Contestualmente occorre inoltrare la richiesta di procedura prioritaria in caso di identificazione preliminare di vittima di tratta o altra segnalazione di vulnerabilità<sup>10</sup>.

Contestualmente è auspicabile l'attivazione nei contesti di accoglienza, in collaborazione con soggetti territoriali, di iniziative di gruppo come corsi di educazione sanitaria dove affrontare tematiche attinenti la fisiologia del corpo, la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, e ancora, laboratori artistici o di teatro e danza, volti a favorire l'elaborazione del vissuto, anche attraverso l'espressività del corpo. Tali devono tenere conto della possibile discontinuità nella frequenza, connessa ai timori legati al trauma, alla riservatezza, alla vergogna rispetto al vissuto violento o alla condizione di assoggettamento per la contrazione del debito, oltre a motivi di tempo e di organizzazione della vita quotidiana; infine, vista la possibile presenza di madri frequentanti, può essere predisposto uno spazio di gioco per i bambini alla presenza di un operatore.

In generale, la complessità dei bisogni afferenti alla vulnerabilità di genere e la predisposizione di percorsi di presa in carico globale richiedono la messa in campo di collaborazioni e partnership territoriali con:

- i soggetti pubblici (Prefettura, Questura, Comuni, Commissione Territoriale);
- i soggetti del sistema socio-sanitario (servizi sociali, consultori, salute mentale adulti; presidio ospedaliero di ginecologia, malattie infettive, medicina legale, dipartimento di medicina generale etc.);
- gli attori del privato sociale (sistema anti-tratta, centri anti-violenza, associazioni di volontariato, circoli culturali, etc.).

<sup>8</sup>\* Contatti ARCI Siena: Telefono:0577247510, mail: [immigrazionesiena@arci.it](mailto:immigrazionesiena@arci.it)  
Numero Verde Regionale 800186086 H.24; [mail: numeroverdetoscana@gmail.com](mailto:numeroverdetoscana@gmail.com)

<sup>9</sup>\* Mail : [consultorio.persefone@auslcentro.toscana.it](mailto:consultorio.persefone@auslcentro.toscana.it)

<sup>10</sup>\* Cfr. Approfondimento 2 in Procedura per la presa in carico e la tutela della salute mentale.

# 4

## PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI MINORI IN ACCOGLIENZA STRAORDINARIA

**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020**

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

**IN.TE.SE - Integrazione nel Territorio Senese - Prefettura di Siena**

**PROG-3676 - CUP F39C20000440007**

Progetto cofinanziato da



# 1. INTRODUZIONE

## 1.1. DIRITTI DEI MINORI IN ACCOGLIENZA

La comunità internazionale riconosce ai minori forme speciali di protezione e promozione; il più rilevante riferimento normativo in materia è la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale del 20 novembre 1989 a New York e ratificata in Italia con la Legge 176/1991.

Il carattere innovativo della Convenzione si basa sul riconoscimento del minore come soggetto di diritto, titolare in prima persona di diritti civili, economici, politici, sociali e culturali.

### I principi generali e trasversali contenuti nella Convenzione sono:

- il divieto di discriminazione nel godimento dei diritti affermati nella Convenzione stessa;
- il superiore interesse del fanciullo come elemento preminente in tutte le decisioni che lo riguardano;
- il diritto alla vita e allo sviluppo;
- il diritto all'ascolto.

A questi quattro capisaldi si legano tutti gli altri diritti tra cui il diritto alla salute, il diritto alla protezione sociale, il diritto all'istruzione, il diritto a crescere con la propria famiglia, il diritto all'identità personale e culturale e alla nazionalità, e il diritto alla protezione da ogni forma di sfruttamento.

La Convenzione specifica inoltre che, anche *il minore rifugiato o richiedente asilo, solo o accompagnato, beneficia della protezione e della assistenza umanitaria necessarie per consentirgli di usufruire dei diritti di cui è titolare.*

Questi diritti afferiscono a tre ambiti particolari: quello della *protection* che comprende i diritti volti a proteggere il minore dagli abusi, dal maltrattamento e dallo sfruttamento; quello della *provision*, che abbraccia i diritti sociali ed economici a garanzia dei bisogni primari del minore e dello sviluppo secondo le sue potenzialità; quello della *participation* nel quale si situano in particolare i diritti di libertà (espressione, religione, associazione, privacy) che il minore esercita sotto la responsabilità dei propri genitori, partecipando alle decisioni che concernono la propria vita in modo compatibile con le sue specifiche capacità<sup>1</sup>.

In Italia, il Dlgs. 268/1998 - Testo Unico sull'immigrazione sancisce il principio di inespellibilità dei minori stranieri riconoscendo loro il diritto alla salute, all'unità familiare e allo studio con attenzione alla tutela dell'identità culturale.

Nell'accoglienza, così come disciplinato dall'art. 18 del D.L. 142/2015, *assume carattere di priorità il superiore interesse del minore in modo da assicurare condizioni di vita adeguate alla minore età, con riguardo alla protezione, al benessere e allo sviluppo anche sociale del minore.* Con tale finalità si procede *all'ascolto del minore, tenendo conto della sua età, del suo grado di maturità e di sviluppo personale, anche al fine di conoscere le esperienze pregresse e valutare il rischio che il minore sia vittima di tratta di esseri umani e alla verifica della possibilità di ricongiungimento familiare.*

La presa in carico dei minori, soli o accompagnati, nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) consiste pertanto nella tutela e promozione dei diritti di cui sono titolari; essa si configura in un percorso di assistenza e accompagnamento costruito sulla base delle esigenze e risorse specifiche del minore con la partecipazione del minore stesso e dei genitori/tutore legale secondo le modalità e metodologie descritte per la *Presa in carico socio-sanitaria dei richiedenti protezione internazionale nei Centri di Accoglienza Straordinaria.*

Il presente documento approfondisce le specificità di quella afferente ai minori in ambito sanitario e scolastico, con un approfondimento sulla dimensione socio-educativa, e un paragrafo dedicato ai minori stranieri non accompagnati (MSNA).

<sup>1</sup>\* Rofani, P. (2011). *I diritti dei minori stranieri non accompagnati. Norme, cultura giuridica e rappresentazioni sociali*, 1, pp. 201-233. Bologna: il Mulino.

## 2. AREA SANITARIA<sup>2</sup>

### 2.1. VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Il Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119, disciplina l'obbligo vaccinale per i minori di anni 16.

Si presenta una sintesi delle vaccinazioni obbligatorie e delle modalità di somministrazione con riferimento all'area senese dell'AUSL Toscana sud-est.

**Tab.1 Vaccinazioni obbligatorie**

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE	TARGET	ESONERI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anti-poliomielitica</li> <li>• anti-difterica</li> <li>• anti-tetanica</li> <li>• anti-epatite B</li> <li>• anti-pertosse</li> <li>• anti-Haemophilus influenza e tipo b</li> <li>• anti-morbillo</li> <li>• anti-rosolia</li> <li>• anti-parotite</li> <li>• anti-varicella.</li> </ul>	Osservazione e raccolta di informazioni relative al profilo del RPI (cultura d'origine, grado di scolarizzazione, sviluppo psichico, temperamento, maturità, esperienze pregresse), vissuto e progetto migratorio, ambiente familiare rapporti affettivi, eventuali condizioni di particolare vulnerabilità, risorse individuali e familiari, competenze e aspirazioni.	Minori già immunizzati a seguito di malattia naturale e/o che presentano specifiche condizioni cliniche, che rappresentano una controindicazione permanente e/o temporanea.

**Tab.2 Vaccinazioni obbligatorie AUSL Toscana sud-est**

SOMMINISTRAZIONE VACCINI	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA	NOTE
Pediatra (se vaccinatore)	Eventuale documentazione attestante lo stato vaccinale. In assenza di documentazione si procede alla richiesta di test sierologici esclusivamente dell'Epatite B, come da disposizioni Regionali; non occorre pertanto procedere a "screening vaccinale" anche se nella prassi l'Ufficio Igiene competente potrebbe comunque chiedere di procedere in tal senso.	Le procedure per la somministrazione dei vaccini obbligatori sono consultabili al sito <a href="https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo">https://www.uslsudest.toscana.it/percorsi-assistenziali/salute-stranieri/presa-in-carico-sanitaria-delle-persone-richiedenti-asilo</a> contenente le istruzioni operative zonali e i contatti degli uffici territorialmente competenti.
Ufficio di Igiene e Sanità Pubblica territoriale		

<sup>2</sup>\* Per la procedura di richiesta iscrizione sanitaria del minore e di presa in carico di carattere sanitario si rimanda paragrafo 1 della "Presenza in carico socio-sanitaria dei richiedenti protezione internazionale in accoglienza straordinaria" mentre per l'ambito salute mentale minori stranieri paragrafo 1.3 della "Procedura per la presa in carico e la tutela della salute mentale dei richiedenti protezione internazionale in accoglienza straordinaria".

### 2.2 SALUTE RAGAZZE OVER 13 ANNI

Il tema dello sviluppo sessuale deve essere attenzionato dall'equipe del CAS e in particolare dalla psicologa di struttura per consentire azioni di supporto alle giovani migranti in questa delicata fase di vita secondo un approccio transculturale.

La presa in carico della salute di ragazze minori con più di 13 anni richiede l'attivazione del Consultorio territoriale ai fini di fornire attività di informazione e organizzare una visita ginecologica di controllo e gli opportuni screening<sup>3</sup>; fondamentale in tale percorso è la presenza di una mediatrice linguistica-culturale.

<sup>3</sup>\* Per un approfondimento sullo screening sanitario donne si rimanda altresì al paragrafo 2 della Procedura per la presa in carico della vulnerabilità di genere in accoglienza straordinaria.

## 3. AREA ISTRUZIONE E INCLUSIONE

### 3.1 LA SCUOLA DELL'OBBLIGO

L'inserimento scolastico dei minori stranieri risponde al diritto fondamentale all'istruzione e rappresenta altresì una tappa fondamentale per il processo di socializzazione e di inclusione socio-culturale nel contesto di accoglienza.

In Italia, ai minori stranieri si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di diritto all'istruzione, di accesso ai servizi educativi e di partecipazione alla vita della comunità scolastica<sup>4</sup>.

La normativa<sup>5</sup> sancisce il diritto all'istruzione di minori stranieri, anche se privi di permesso di soggiorno, nelle forme e nei modi previsti per i cittadini italiani. Essi sono soggetti all'assolvimento dell'obbligo scolastico<sup>6</sup>, che prevede almeno 10 anni di istruzione obbligatoria nella fascia compresa tra i 6 e i 16 anni. Secondo la norma, il minore straniero può essere iscritto a scuola in qualunque periodo dell'anno da chi esercita la tutela legale.

L'alunno in età di obbligo scolastico è inserito nella classe corrispondente all'età anagrafica, salvo che il Collegio dei docenti decida l'ammissione ad una classe diversa tenendo conto dell'ordinamento degli studi del Paese di provenienza, dell'accertamento di competenze, abilità e livelli di preparazione dell'alunno, del corso di studi eventualmente seguito nel Paese di provenienza e del titolo di studio eventualmente posseduto.

Il Consiglio di classe, inoltre, può redigere discrezionalmente un Piano Didattico Personalizzato (PDP) qualora ritenga necessaria l'adozione di metodologie e strumenti atti a rispondere ai Bisogni Educativi Speciali (BEI) di alunni con disturbi dell'apprendimento, svantaggio sociale, culturale o stranieri<sup>7</sup>; possono beneficiare di un PDP anche gli studenti Neo arrivati in Italia (NAI) iscritti per la prima volta in una scuola italiana.

<sup>4</sup>\* D.lgs. 286/98, art. 38.

<sup>5</sup>\* DPR 394/1999, art. 45.

<sup>6</sup>\* L. 296/2006, art.1, comma 622; Circolare Ministeriale 30/12/2010, n. 101.

<sup>7</sup>\* Direttiva del Ministero dell'Istruzione del 27 dicembre 2012.

Tab.3 Iscrizione alla scuola dell'obbligo

ORDINE E GRADO SCUOLA	FASCIA D'ETÀ	MODALITA' E DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE	NOTE
SCUOLA PRIMARIA	6/11 anni		Inclusi libri di testo (tramite cedola libraria del Comune) Mensa e trasporto scolastico in base a ISEE**
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO	11/14 anni	Domanda di iscrizione cartacea o online.	Mensa, libri di testo e trasporto scolastico in base a ISEE**
SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO	14/16 anni	Documenti necessari*: - documento di identità del minore e del genitore/tutore legale; - tessera sanitaria e codice fiscale del minore e del genitore/tutore legale; - (eventuale) certificazioni sanitarie del minore; - (eventuale) certificazione degli studi compiuti nel Paese di origine.  Pagamento bollettino copertura assicurativa	Mensa, libri di testo e trasporto scolastico in base a ISEE**  L'accesso al secondo ciclo di istruzione prevede normalmente il superamento dell'esame di Stato conclusivo del primo ciclo di istruzione, anche presso CPIA. Ai sensi della normativa è comunque possibile l'iscrizione alla scuola secondaria di secondo grado ai minori di cittadinanza non italiana privi del diploma di licenza conclusivo del primo ciclo di istruzione. Lo studente in età di obbligo di istruzione è infatti inserito, salva diversa indicazione dal collegio docenti, nella classe corrispondente all'età anagrafica.

\* **La mancanza della documentazione anagrafica, sanitaria o scolastica non preclude in ogni caso l'iscrizione.**

\*\* **Il trasporto scolastico è comunque garantito da Ente Gestore.**

Per l'iscrizione alla scuola dell'obbligo è richiesto l'adempimento dell'obbligo vaccinale che è verificato direttamente dall'istituto scolastico tramite la consultazione del libretto vaccinale del minore su apposito portale. Al momento dell'iscrizione vale altresì una dichiarazione da parte dei genitore/tutore legale di intendere, far adempiere il figlio minore all'obbligo vaccinale. Tuttavia il diritto all'istruzione prevale sull'obbligo vaccinale: dalla scuola primaria in poi bambini e ragazzi possono infatti accedere a scuola anche senza essersi sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie; in tal caso l'ASL territoriale potrebbe attivare un percorso di recupero della vaccinazione ed è possibile incorrere in sanzioni amministrative da 100 a 500 euro.

**3.2 DIRITTO E DOVERE ALL'ISTRUZIONE FASCIA 16-17 ANNI**

Fino al compimento del diciottesimo anno di età i minori sono soggetti al diritto e dovere all'istruzione e alla formazione esteso espressamente anche ai minori stranieri.

Questa tipologia di percorsi risulta spesso quella che maggiormente risponde ai bisogni formativi dei MSNA che giungono in Italia vicini alla maggiore età spesso orientati verso un progetto di vita indipendente.

Per assolvervi è necessario individuare uno dei percorsi indicati nella tabella sottostante.

**Tab. 4 Assolvimento diritto e dovere all'istruzione maggiori di 16 anni**

ISTITUTI PREPOSTI	OFFERTA FORMATIVA	NOTE
CENTRI PROVINCIALI PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI (CPIA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi di alfabetizzazione e apprendimento della lingua italiana finalizzati al conseguimento di un titolo attestante il raggiungimento di conoscenza della lingua non inferiore al livello A2;</li> <li>- Corsi di istruzione di primo livello per il conseguimento del titolo di studio conclusivo del primo ciclo di istruzione (ex licenza media);</li> <li>- Corsi di istruzione di secondo livello finalizzati al conseguimento del diploma di istruzione tecnica, professionale e artistica realizzati direttamente dagli istituti superiori.</li> </ul>	<p>Il Centro Provinciale per l'istruzione degli adulti di Siena opera su tutto il territorio della provincia e comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Centro Territoriale Valdelsa, il Centro Territoriale Siena, il Centro Territoriale Valdichiana e il Centro Territoriale Amiata.</li> </ul> <p>Sul sito <a href="http://www.cpia1siena.edu.it/">http://www.cpia1siena.edu.it/</a> è possibile accedere a tutte le informazioni utili e procedere all'iscrizione online.</p> <p>L'iscrizione è gratuita ed è previsto il pagamento di bollettino per copertura assicurativa; il materiale didattico è fornito direttamente dal CPIA. Dopo avere completato l'iscrizione occorre programmare appuntamento presso la sede prescelta al fine di sottoporre il minore a un test di valutazione delle competenze, utile a definire l'inserimento nel corso più rispondente agli specifici bisogni formativi.</p>
AGENZIE FORMATIVE ACCREDITATE	Corsi di formazione per l'acquisizione di un titolo professionale.	Per questo tipo di percorso generalmente è necessario possedere il diploma di scuola secondaria di primo grado.
APPRENDISTATO	Percorso per i giovani dai 15 ai 25 anni finalizzato ad acquisizione di qualifica e diploma professionale, diploma di istruzione secondaria superiore e certificato di specializzazione tecnica superiore, per i giovani dai 15 ai 25 anni compiuti.	Riferimento legislativo: D.Lgs 81/2015.
SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO	Programma scolastico ministeriale	Iscrizione subordinata alla valutazione dei docenti del corso di studi seguito nel Paese di provenienza e al possesso da parte del minore di un'adeguata preparazione sull'intero programma prescritto per l'idoneità alla classe cui aspirano.

**3.3 SCUOLA PUBBLICA PER MINORI DI ANNI 3**

L'iscrizione di minori stranieri alla scuola pubblica dell'infanzia (età 3-6 anni) e agli asili nido comunali (età 6 mesi-3 anni) può favorire la socializzazione con i pari, l'apprendimento della lingua italiana e in generale l'integrazione nel contesto di accoglienza.

E' pertanto opportuno che l'equipe interdisciplinare del centro di accoglienza esponga ai genitori/ tutore legale dei minori accolti tale possibilità e, all'interno di un percorso partecipato, supporti loro nella scelta.

Per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia è richiesto il rispetto degli obblighi vaccinali. In caso le iscrizioni siano già chiuse si suggerisce interlocuzione con il l'Ufficio Scolastico Comunale preposto per presentare richiesta motivata di inserimento dei minori stranieri in accoglienza.

### 3. AREA ISTRUZIONE E INCLUSIONE

#### 3.4. COMPITI DELL'EQUIPE INTERDISCIPLINARI NELL'INSERIMENTO SCOLASTICO DEL MINORE

L'accompagnamento del minore nel percorso di inserimento scolastico richiede una chiara definizione di ruoli all'interno dell'equipe interdisciplinare; le diverse figure professionali agiscono in maniera sinergica e coordinata monitorando il percorso di inserimento scolastico del minore.

### 3. AREA ISTRUZIONE E INCLUSIONE

Tab. 5 Ripartizione compiti dell'equipe nell'inserimento scolastico del minore

RUOLO	COMPITI	NOTE
Direttore e Assistente Sociale	Tengono rapporti e si accordano con l'Ufficio Scolastico e con il Dirigente Scolastico sia in fase di iscrizione che di inserimento.	Prima dell'iscrizione scolastica occorre presentare la situazione, i bisogni e le specificità del minore nonché il contesto di accoglienza in cui è inserito. In tal senso, in collaborazione con il Dirigente Scolastico e il Collegio Docenti, è opportuno valutare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inserimento alla classe precedente rispetto a quella dell'età anagrafica (soprattutto nei passaggi tra ordine e grado scolastico) tenendo conto del livello di scolarizzazione del minore e della conoscenza della lingua italiana;</li> <li>- l'inserimento in classi diverse rispetto a quella di eventuali fratelli e/o altri minori al fine di promuoverne l'autonomia e integrazione nel gruppo classe;</li> <li>- l'iscrizione a tempo ridotto - ove previsto - ai fini di un graduale di adattamento al nuovo contesto scolastico.</li> </ul>
Operatore	Si occupa, nel primo periodo di inserimento scolastico, delle comunicazioni ordinarie con la scuola e con gli insegnanti coinvolgendo attivamente i genitori/tutore legale del minore e supportandoli nella comprensione del funzionamento del sistema scolastico, delle regole della scuola, nell'utilizzo del registro elettronico.	E' auspicabile l'individuazione di un solo operatore di riferimento per queste specifiche azioni
Psicologa	Offre sostegno psico-sociale al minore nell'ambito dell'inserimento scolastico promuovendo confronto con le insegnanti e i genitori. Particolare attenzione è dedicata alla rilevazione di possibili difficoltà relazionali o di adattamento, stati emotivi, problemi di apprendimento del minore da condividere con l'equipe interdisciplinare, genitori e insegnanti.	
Insegnante di italiano	In caso di sostanziali difficoltà nella lingua italiana, offre supporto nello svolgimento dei compiti e rilevazione di eventuali problemi di apprendimento da condividere con l'equipe interdisciplinare.	
Operatore per l'orientamento al territorio	Referente per l'informativa e orientamento sui percorsi formativi territoriali, in particolare per i minori non più soggetti all'obbligo scolastico.	I minori non più soggetti ad obbligo scolastico e che stanno svolgendo una delle attività previste per l'adempimento all'obbligo formativo possono accedere al mondo del lavoro. A loro favore l'operatore per l'orientamento al territorio informa i minori sulle modalità di ricerca attiva del lavoro, sulla normativa in materia e di fruizione dei servizi del Centro per l'Impiego.
Mediatore linguistico culturale	Risorsa trasversalmente a sostegno delle altre figure professionali.	

### 3.5 BENESSERE E INCLUSIONE SOCIALE DEL MINORE IN ACCOGLIENZA: FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

Il benessere psico-fisico dei minori e la capacità di *coping* nel paese di accoglienza dipendono dalla compressa interazione tra risorse interne ed esterne<sup>9</sup>; eventuali eventi traumatici e la storia personale influenzano altresì le modalità di risposta del minore alle sfide insite nel percorso di integrazione<sup>10</sup>.

Sul piano dell'ambiente esterno, risulta fondamentale la presenza di una rete di supporto che può comprendere familiari, operatori e gruppi di pari; i legami significativi rappresentano fattori protettivi e di riduzione di potenziali elementi di stress e al contempo favoriscono traiettorie di sviluppo positive e offrono sostegno pratico ed emotivo al minore per orientarsi in nuovi ambienti<sup>11</sup>.

Se le relazioni con persone appartenenti alla cultura di origine garantiscono continuità culturale con il passato<sup>12</sup> quelli con membri della cultura maggioritaria favoriscono lo sviluppo di competenze culturali necessarie ad affermarsi e sentirsi accettati nel contesto di accoglienza<sup>13</sup>. In tal senso, il mediatore linguistico-culturale ricopre il ruolo cruciale di facilitatore del processo di apprendimento culturale e di mediazione tra codici culturali e simbolici diversi.

Oltre alla scuola, l'integrazione al nuovo ambiente di vita e la socializzazione con i gruppi di pari, passa attraverso attività volte a favorire l'inserimento nel tessuto sociale e nel contesto territoriale, in un'ottica di welfare comunitario. Nella predisposizione delle misure di accoglienza, l'art. 18 del D.L. 142/2015 prevede che siano *assicurati servizi destinati alle esigenze della minore età, comprese quelle ricreative*; l'ente gestore è pertanto tenuto a promuovere, attraverso collaborazioni con enti del territorio pubblici e privati (tra cui il servizio sociale, associazioni locali, sportive, di volontariato o parrocchiali), attività di socializzazione, ricreative e di animazione socio-culturale rivolte ai minori in accoglienza (ad es. iscrizione a corsi sportivi, di musica o attività per il tempo libero e/o di dopo scuola).

È necessario altresì assicurare la presenza di operatori con *idonea qualifica o di specifica formazione* in campo educativo-pedagogico.

9\* Garnezy, N. & Rutter, M. (1983). *Tress, Coping and Development in Children*. New York: McGraw-Hill.

10\* Valtolina, G. G. (2014). *I minori stranieri non accompagnati in Italia. Sfide e prospettive*. Milano: McGraw-Hill Education.

11\* Suárez-Orozco, C., Suárez-Orozco, M. M. & Todorova, I. (2008). *Learning a New Land: Educational pathways of immigrant youth*. Cambridge, MA: Harvard University Press.; Sirin, S., Gupta, T., Ryce, P., Katsiaficas, D., Suárez-Orozco, C. & Roger-Sirin, L. (2013). *Understanding the role of social support in trajectories of mental health symptoms for immigrant adolescents*. *Journal of Applied Developmental Psychology*.

12\* Costigan, C. L. & Dokis, D. P. (2006). *Relations between parent-child acculturation differences and adjustment with immigrant families*. *Child Development*, 77, pp. 1252-1267; Sleijpen, M., Boeijs, H. R. & Kleber R. J. (2016). *Between power and powerlessness: a meta-ethnography of sources of resilience in young refugees*. *Ethn Health*, 21, pp. 158-180.

13\* Oppedal, B. & Roysamb, E. (2004). *Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 131-144.

## 4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

Le indicazioni procedurali utili alla presa in carico dei bisogni specifici dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) implicano una conoscenza del fenomeno migratorio di questo target di migranti vulnerabili, del sistema di accoglienza a loro dedicato e della principale normativa di riferimento.

### 4.1 MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI: MIGRAZIONI E ACCOGLIENZA

La lontananza di riferimenti familiari e affettivi dei MSNA dapprima nel percorso migratorio e successivamente nel contesto di accoglienza sono indicativi di una maggiore vulnerabilità di questa tipologia di migranti. È importante tuttavia sapere che la condizione di non accompagnato il più delle volte non corrisponde a un'essenza di tali legami.

Spesso gli MSNA migrano infatti sulla base di un mandato familiare<sup>14</sup> nel quale sono chiamati esplicitamente a contribuire al sostentamento della propria famiglia; consapevoli delle maggiori garanzie di accoglienza legate alla minore età<sup>15</sup>, la scelta della famiglia ricade soprattutto su maschi scolarizzati già considerati adulti secondo i parametri culturali locali<sup>16</sup>; l'ordine di genitura e la presenza di precedenti esperienze migratorie nella cerchia familiare sono ulteriori varianti che condizionano la decisione<sup>17</sup>.

Oltre al fattore economico tale decisione è fatta anche per sottrarre i minori a contesti sociali che ne precludono le prospettive di vita<sup>18</sup>.

Diverse ricerche dimostrano inoltre che talvolta la scelta di emigrare dei minori soli deriva dalla comparazione fra la propria condizione sociale e le aspettative nei confronti di una vita considerata dignitosa secondo standard di ordine globale<sup>19</sup>; tale decisione può essere anche frutto di eventi catalizzatori riconducibili a dinamiche familiari conflittuali o ad altri eventi contingenti come la morte, la malattia di un componente, l'improvvisa assenza di reddito o comunque fatti che portano a una redistribuzione dei ruoli all'interno del nucleo familiare (ibidem, Alonso et al. 2010).

In questo scenario la precoce responsabilizzazione di minori che si fanno carico del proprio futuro e talvolta di quello della propria famiglia si concretizza in un rapido passaggio dall'infanzia all'età adulta (ibidem, Valtolina 2016). Così la migrazione, quando non forzata, diventa anche un viaggio simbolico nel quale si realizza questo processo di transizione identitaria.

Il fenomeno migratorio dei MSNA in Italia negli anni si è confermato prevalentemente maschile ma ha subito una diversificazione rispetto alle zone di provenienza le cui principali sono: Nord Africa (Egitto e Tunisia), dall'Africa Occidentale (Guinea, Costa d'Avorio, Gambia, Nigeria, Mali e Senegal), dal corno d'Africa (Eritrea e Somalia) e dall'Asia (Bangladesh, Afghanistan, Pakistan). Tra la minoranza delle minori straniere non accompagnate i principali Paesi di origine sono la Nigeria e l'Albania.

Dalla ricerca "REACH"<sup>20</sup> emerge che molti minori provenienti dall'Africa Occidentale l'intenzione iniziale è quella di raggiungere i Paesi confinanti o il Nord Africa nella speranza di trovare migliori opportunità lavorative o per fuggire da gravi vicissitudini mentre molti giovani provenienti dall'Africa Orientale e dal Medio Oriente intendono sin da subito raggiungere l'Europa.

La scelta di raggiungere l'Italia talvolta può maturare mesi o anni dopo aver lasciato il proprio Paese mentre in altri casi l'Italia è considerata una meta transitoria per raggiungere altri Paesi Europei; sono numerosi infatti i casi di MSNA c.d. irreperibili, ovvero che si allontanano dai centri di accoglienza facendo perdere le tracce: alcuni di loro rimangono in Italia finendo in circuiti criminali o di sfruttamento lavorativo, altri proseguono il viaggio verso Paesi confinanti. Per poter compiere il viaggio, sia verso l'Europa che dall'Italia verso i Paesi confinanti, spesso i MSNA si consegnano nelle mani di trafficanti di esseri umani.

L'ingresso in Italia di MSNA avviene principalmente dalla Libia attraverso la rotta del Mediterraneo Centrale o attraverso l'Adriatico dalla Turchia e dalla Grecia ma in aumento sono gli arrivi via terra dalla rotta Balcanica.

L'ingresso regolare con visto turistico è invece diffuso tra i minori albanesi che giungono in Italia con l'obiettivo, talvolta concordato con la famiglia, di simulare l'abbandono per essere presi in carico dai servizi.

Nell'ambito della prima accoglienza nei centri governativi dedicati a MSNA si procede all'identificazione del minore, all'accertamento dell'età<sup>21</sup> e alla valutazione della possibilità di rintracciare i familiari nei Paesi di origine o in Paesi terzi. Contestualmente, la presenza dei MSNA è segnalata<sup>22</sup> al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni a cui compete l'apertura della tutela, la nomina del tutore, la ratifica delle misure di accoglienza predisposte e, se è stato effettuato l'accertamento sanitario per la determinazione dell'età, l'attribuzione dell'età del minore.

<sup>14</sup>\* 14 Grinberg, L & Grinberg, R. (1989). *Psychoanalytic perspective on migration and exile*. London: Yale University Press.

<sup>15</sup>\* Bertozzi, R. (2018). Le (in)certezze nell'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. In: Segatto, B., Di Masi, D. & Surian, A. (a cura di) *L'INGIUSTA DISTANZA. I percorsi dei minori stranieri non accompagnati dall'accoglienza alla cittadinanza*. Milano: FrancoAngeli.

<sup>16</sup>\* Alonso, A., Quiroga, V. & Sòria, M. (a cura di) (2010). *Sueños de bolsillo. Menores migrantes no acompañados/as en España*. Unicef-Banesto. Consultabile In: [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Suenos\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Suenos_de_bolsillo.pdf)

<sup>17</sup>\* Valtolina, G.G. (2016). Tra rischio e tutela. I minori stranieri non accompagnati. *Studi Emigrazione*, LIII, 201, pp.81-95.

<sup>18</sup>\* Orgocka, A. (2012). *Vulnerable yet agentic: Independent child migrants and opportunity structures*. *New Direction for Child and Adolescent Development*, 136, pp. 1-11.

<sup>19</sup>\* Vacchiano, F. (2012). *Minori che migrano soli. Strategie di movimento e progetti di confinamento*. In: Saquella, S. & Volpicelli, S. (a cura di) *Migrazione e sviluppo: una nuova relazione? Contributi dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni*. Roma: Nuova cultura.

<sup>20</sup>\* REACH (2017). *Youth on the Move. Investigating decision-making migration trajectories and expectations of young people on the way to Italy*. Consultabile in: [http://www.mixedmigrationhub.org/wp-content/uploads/2015/02/REACH\\_ITA\\_Report\\_MMP\\_MHub\\_Youth-on-the-move\\_Final.pdf](http://www.mixedmigrationhub.org/wp-content/uploads/2015/02/REACH_ITA_Report_MMP_MHub_Youth-on-the-move_Final.pdf)

<sup>21</sup>\* Art. 5, L. 47/2017; per approfondimento sulle procedure per l'accertamento dell'età [https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2016/11/FaqAccertamento-et%C3%A0\\_rev-legge-Zampa\\_def.pdf](https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2016/11/FaqAccertamento-et%C3%A0_rev-legge-Zampa_def.pdf)

<sup>22</sup>\* Alla segnalazione sono tenuti i pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio e gli altri enti, soprattutto quelli sanitari e di assistenza, a conoscenza della presenza di un minore che si trova in stato di abbandono.

**4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI****4.1 MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI: MIGRAZIONI E ACCOGLIENZA**

Entro 30 giorni<sup>23</sup>, salvo l'avvio di iter amministrativi diversi, il Servizio Centrale coordina il trasferimento dei minori in strutture di seconda accoglienza predisposte dai Comuni nell'ambito del Sistema SAI, definita dal legislatore come la soluzione più rispondente alle specifiche esigenze di tutela nel caso in cui non siano individuati familiari idonei a prendersi cura del minore.

Nel caso in cui non siano temporaneamente disponibili posti nei centri di prima accoglienza e nei centri SAI, il D.lgs 142/2015 stabilisce che il Comune in cui il MSNA si trova, deve assicurare l'accoglienza in strutture, di prima o seconda accoglienza, autorizzate/accreditate ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia per la quale può richiedere alla Prefettura un rimborso giornaliero pari a Euro 45,00.

Laddove l'accoglienza non possa essere assicurata neanche dal Comune, il minore ultra-quattordicenne può essere accolto temporaneamente in strutture ricettive straordinarie, c.d. "CAS minori", autorizzate dalla Prefettura che pertanto rappresentano soluzioni eccezionali ed emergenziali.

Fino alla nomina del tutore, i poteri tutelari sono esercitati in via provvisoria dal responsabile di struttura<sup>24</sup>, ovvero il direttore, dove il minore è accolto, che è dunque investito, anche sotto il profilo legale, da un'importante responsabilità nei confronti del minore.

In caso di allontanamento volontario del MSNA dal centro di accoglienza occorre sporgere denuncia alle Autorità Competenti in raccordo con i Servizi Sociali territoriali.

Un'ultima ipotesi di accoglienza per i MSNA, remota purché promossa dal legislatore<sup>25</sup>, è quella dell'affido familiare ai sensi dell'art. 4 della L. 184/1983.

<sup>23</sup>\* Art. 4, L. 47/2017

<sup>24</sup>\* L. 184/83. art. 3, comma 1.

<sup>25</sup>\* Art. 7, L. 47/2017.

**4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI****4.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO SUI MSNA**

In Unione Europea i diritti dei MSNA, le regole e le raccomandazioni in materia di accoglienza di questo specifico target sono disciplinati dalla Risoluzione del Consiglio del 26 giugno 1997 e, in parte, dal Regolamento di Dublino III, dalle Direttive UE n. 32 e 33 del 2013.

**Sinteticamente l'impianto normativo prevede che:**

- al MSNA è fornito idoneo alloggio e accoglienza, è assicurato un livello di vita adeguato allo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale tenendo conto dei trascorsi del minore e, se vittima di tratta, dei necessari interventi in ordine alla sua sicurezza e incolumità. E' sottolineata la centralità dell'ascolto dell'opinione del minore, anche in base alla sua età e maturità, e della valutazione del suo e superiore interesse nelle procedure e decisioni che lo riguardano;
- al MSNA, di cui è accertata rapidamente l'identità e della condizione di minore non accompagnato, sono garantite la protezione e le cure elementari necessarie, l'accesso alle strutture generali della pubblica istruzione e alle cure mediche appropriate, indipendentemente dallo *status* giuridico;
- la richiesta di asilo del MSNA è trattata con urgenza ed è previsto l'obbligo di nominare un rappresentante legale;
- vengano rintracciati i familiari del MSNA. Difatti è competente all'accoglienza del MSNA lo Stato dove si trova legalmente il padre, la madre, un altro adulto responsabile in base alla legge o alla prassi dello Stato in cui si trova l'adulto oppure presso lo Stato dove si trova un fratello o un parente, se accertata la capacità di occuparsi del minore. Nel caso in cui siano più d'uno gli Stati in cui soggiornano queste persone, lo Stato competente si determina sulla base dell'interesse superiore del minore. In mancanza di familiari, fratelli, parenti, è competente lo Stato dove il minore non accompagnato ha presentato la domanda di protezione;
- il rimpatrio è effettuato solo in presenza di un'accoglienza e un'assistenza adeguata presso genitori, altri adulti, organizzazione governative e non.

**4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI****4.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO SUI MSNA**

In Italia, oltre al Testo Unico in materia di immigrazione, il principale e innovativo riferimento normativo è la Legge del 7 aprile 2017, n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" che equipara sostanzialmente i minori stranieri non accompagnati ai minori italiani con una particolare attenzione alle vulnerabilità di cui questi soggetti sono portatori.

**Tra le maggiori novità introdotte, occorre ricordare:**

- l'introduzione del divieto di respingimento alla frontiera del minore;
- la disciplina sulle modalità di prima accoglienza e sulle procedure per l'accertamento dell'età;
- l'introduzione dello strumento della cartella sociale e di un Sistema Informativo Nazionale dei MSNA;
- la previsione di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale anche prima del rilascio del permesso di soggiorno e della nomina del tutore;
- l'ampliamento dell'istituto del prosieguo amministrativo, ossia dell'affidamento ai servizi sociali fino ai 21 anni, anche per i MSNA;
- l'introduzione della figura del tutore volontario, rappresentante legale del minore, deputato alla cura del MSNA di cui è chiamato a garantirne l'effettività dei diritti e il superiore interesse;
- la promozione di misure volte all'assolvimento dell'obbligo scolastico e formativo;
- la promozione dell'istituto dell'affido familiare;
- la garanzia di un'assistenza affettiva e psicologica da parte di persone idonee indicate dal minore, gruppi, fondazioni, associazioni o organizzazione non governative esperti nel settore;
- la disciplina del diritto all'assistenza legale;
- per i MSNA vittima di tratta, l'attivazione di programmi di assistenza specifica che assicurino adeguate condizioni di accoglienza e di assistenza psico-sociale, sanitaria e legale, prevedendo soluzioni di lungo periodo, anche oltre il compimento della maggiore età.

Segue una tabella riepilogativa dei permessi di soggiorno (PDS) a cui possono accedere i MSNA  
Tab. 6 PDS per MSNA

**4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI****4.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO SUI MSNA****Tab. 6 PDS per MSNA**

TIPOLOGIA	RIF. NORMATIVO	DESTINATARI	NOTE
PDS per richiesta di asilo	D.lgs 142/2015, art. 4	MSNA richiedenti asilo	In sede di presentazione della richiesta di asilo, il MSNA può fare richiesta di ricongiungimento familiare ai sensi del Regolamento di Dublino III la cui procedura è sinteticamente descritta al link: <a href="https://www.infoimmigrazione.com/ricongiungimento-familiare-minore-straniero-non-accompagnato/">https://www.infoimmigrazione.com/ricongiungimento-familiare-minore-straniero-non-accompagnato/</a>
PDS per protezione internazionale (status di rifugiato e protezione sussidiaria)	Convenzione di Ginevra; D.lgs 251/2007, art. 25;	MSNA rispondenti ai requisiti per le specifiche fattispecie di PDS	
PDS per casi speciali	D.L. 113/2018 e relative modifiche al D.lgs 286/98,	MSNA vittime di sfruttamento o violenza	I permessi di soggiorno per "casi speciali" comprendono PDS per le vittime di tratta, violenza o grave sfruttamento: il PDS per cure mediche, il PDS per calamità e il PDS per atti di particolare valore, il PDS per vittime di violenza domestica, il PDS per particolare sfruttamento lavorativo.
PDS per motivi familiari	D.lgs 286/98, art 31	MSNA affidati ai sensi dell'art. 4 della legge 184/83, affidati "di fatto" a parenti entro il quarto grado o sottoposti alla tutela di un cittadino italiano o di un cittadino straniero regolarmente soggiornante e conviventi con il tutore.	
PDS per minore età	D.P.R. 349/99, art. 28	MSNA a cui non sia possibile rilasciare al minore un altro tipo di permesso di soggiorno	
PDS per motivi di studio, lavoro o attesa occupazione	D.lgs 286/98, art. 32	Al compimento dei 18 anni, per coloro con PDS diverso da quello per protezione internazionale	Requisiti richiesti (eccetto per coloro titolari di permesso di soggiorno per motivi familiari): 1) passaporto o di documento equipollente; 2) disponibilità di un alloggio ; 3) iscrizione a corsi di studio, impiego lavorativo o attesa di occupazione (iscrizione a Centro per l'Impiego); 4) permanenza in Italia da almeno tre anni e per almeno due anni inserimento in un progetto di integrazione sociale e civile oppure tutela o affidamento ai sensi dell'art. 2 della L.184/83 e parere positivo della Direzione Generale Immigrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

#### 4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

##### 4.3. LA PRESA IN CARICO DEI MSNA

Pur nella consapevolezza dell'eccezionalità e temporaneità della presenza dei MSNA in accoglienza straordinaria, la presa in carico di questo specifico target di migranti richiede alcune integrazioni metodologiche e operative rispetto a quelle contenute nel presente documento e nei precedenti allegati.

**Alla luce dei diritti sopracitati di cui il minore è titolare e in considerazione del superiore interesse del minore, l'equipe multidisciplinare promuove:**

- un approccio *child-friendly* in tutti gli interventi secondo i principi di informazione, consensualità e volontarietà;
- l'ascolto e la partecipazione del minore nelle decisioni e procedure che lo riguardano coerentemente all'età, al livello di maturità e di sviluppo;
- un processo di valutazione multidimensionale dei bisogni che tenga conto del bagaglio esperienziale, relazionale ed emotivo del MSNA, con attenzione a eventuali indicatori di tratta o di violenza subiti (e/o di disagio psico-sociale (cfr. rispettive procedure);
- l'anamnesi della realtà familiare anche al fine di valutare elementi di criticità o vulnerabilità in relazione al contesto di provenienza, l'ipotesi di ricongiungimento familiare ai sensi del Regolamento di Dublino III e/o di rimpatrio volontario assistito<sup>26</sup>;
- la valorizzazione dei legami positivi con i familiari e altri affetti, anche se distanti, e il loro coinvolgimento nel progetto di vita del MSNA;
- strategie educative orientate al benessere, allo sviluppo psico-sociale, all'empowerment, all'apprendimento di autonomie e all'inclusione del MSNA coerentemente alle sue risorse, competenze, potenzialità ed aspirazioni.

In questo quadro, l'elaborazione del progetto educativo individualizzato, secondo le fasi precedentemente descritte per la *Presa in carico socio-sanitaria*, rimanda ad un percorso processuale che si evolve nel rapporto tra operatori e minore non accompagnato e che richiede una buona base di fiducia reciproca.

Per i MSNA la struttura di accoglienza rappresenta uno spazio di negoziazione e condivisione nel quale costruire rapporti emotivamente significativi che possono modificare modelli interni disfunzionali, facilitare la comprensione dell'altro e del nuovo mondo sociale; gli operatori svolgono pertanto un ruolo di regolazione competente che orienta l'azione del minore all'interno di una relazione di valore e di riconoscimento reciproco. Occorre inoltre tenere conto che le dimensioni di spazialità e quotidianità della vita di comunità costituiscono la cornice

<sup>26\*</sup> Ai fini di rimpatrio, la richiesta di avvio di indagine familiare è fatta dai Servizi Sociali alla Direzione Generale per l'Immigrazione e le Politiche di Integrazione che a sua volta inoltra all'organizzazione Mondiale delle Migrazioni (OIM) per lo svolgimento di tali attività nei Paesi di origine o di residenza della famiglia del minore, in collaborazione con le autorità competenti nazionali e internazionali. I risultati delle indagini familiari sono condivisi con il tutore legale del minore e con i servizi sociali di competenza i quali, tenendo in considerazione la volontà del minore, identificano la soluzione più rispondente al suo interesse. Il rimpatrio assistito nel Paese di origine presuppone la volontarietà del minore, la capacità e la disponibilità della famiglia a riaccoglierlo nonché l'adeguatezza del contesto socio-territoriale risultanti dall'indagine familiare; in tal caso è previsto un progetto di reintegrazione condiviso, avallato dalle autorità giudiziarie, approvato dalla Direzione Generale per l'Immigrazione e le Politiche di Integrazione e monitorato dalla Missione OIM nel Paese di provenienza del minore.

#### 4. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

nella quale si strutturano routine e regole che acquisiscono senso e diventano sempre più proprie e meno faticose da osservare<sup>27</sup>.

Nella relazione con il MSNA occorre limitare, attraverso l'ascolto attivo e una comunicazione completa e comprensibile, eventuali meccanismi di auto rappresentazione da parte del MSNA, ovvero la selezione, omissione e alterazione delle informazioni per accedere a maggiori benefici<sup>28</sup>. Allo stesso tempo gli operatori sono tenuti a riflettere costantemente sull'asimmetria che caratterizza la relazione d'aiuto con i MSNA interrogandosi sulla misura in cui si rischia di tradurre in interventi di controllo i rapporti di potere<sup>29</sup>.

Un altro compito degli operatori è quello di aiutare il minore a concretizzare le proprie aspettative trasformandole in prospettive realistiche e in obiettivi raggiungibili<sup>30</sup>; risulta infatti indispensabile trasferire sul piano della realtà concreta e fattibile le aspettative del minore per colmare il divario che spesso si crea tra i desideri della persona e le possibilità offerte dalla rete dei servizi.

In questa prospettiva si declina la duplice funzione degli operatori: quelle di *maternage*, ossia il contenimento e la protezione dai rischi all'interno di un ambiente rassicurante e prevedibile, e quella di *tutoring*, quale insieme di azioni finalizzate a promuovere nel minore senso di autoefficacia, autostima e fiducia nel futuro (ibidem, Valtolina, 2014).

Nella presa in carico del MSNA vicino alla maggiore età, occorre tenere presente che il minore dovrebbe in pochissimo tempo acquisire un'adeguata conoscenza della lingua italiana, raggiungere un adeguato livello di istruzione, apprendere competenze lavorative necessarie per entrare nel mondo del lavoro, le norme fondamentali che regolano la permanenza in Italia e le capacità per una vita autonoma a livello socio-economico e abitativo. In tal senso i MSNA prossimi al compimento dei 18 anni rappresentano una fattispecie della già vulnerabile categoria dei c.d. *care leavers*, ovvero dei neomaggiorenni in uscita dal sistema di accoglienza residenziale che non possono più beneficiare dalla tutela da parte dell'ente pubblico.

**Gli strumenti per garantire continuità dei percorsi verso la vita dipendente dei neomaggiorenni sono:**

- l'inserimento in strutture SAI adulti per i richiedenti asilo e i titolari di protezione internazionale;
- l'istituto del proseguo amministrativo sopracitato.

<sup>27\*</sup> Valtolina, G. G. (2014). *I minori stranieri non accompagnati in Italia. Sfide e prospettive*. Milano: McGraw-Hill Education.

<sup>28\*</sup> Peris Cancio, L. F. (2018). *Tutela senza confini per i minori non accompagnati*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore

<sup>29\*</sup> *Terre des hommes* (2017). *Guida al modello Faro. Salute mentale e supporto psicosociale a minori migranti non accompagnati e a famiglie con bambini in prima accoglienza*. Consultabile in: <https://terredeshommes.it/download/GuidaFARO-2017.pdf>

<sup>30\*</sup> Intersos & UNICEF (2018b). *Vademecum per l'inserimento lavorativo. Minori stranieri non accompagnati*. Consultabile in: [http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/Notizie/Documents/intersos\\_vademecum\\_migrante.pdf](http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/Notizie/Documents/intersos_vademecum_migrante.pdf)

#### 4.4 LA TUTELA LEGALE DEI MSNA

La presa in carico dei MSNA si declina altresì nel percorso di informativa, orientamento e accompagnamento legale e nei diversi iter burocratici-amministrativi.

All'operatore legale dei CAS spetta il compito di informare il MSNA sui diritti di cui è titolare nonché sulla normativa italiana ed europea asilo in materia di immigrazione, asilo, tutela delle vittime di tratta, ricongiungimento familiare e rimpatrio assistito; l'informativa è svolta con l'ausilio del mediatore linguistico culturale e di materiale informativo tradotto nella lingua del minore, attraverso colloqui individuali e di gruppo.

Tale servizio, funzionale alla tutela dei diritti dei MSNA, previene inoltre il rischio di allontanamento dalle strutture di accoglienza dal momento che proprio la mancanza di informazioni sui propri diritti è tra le principali motivazioni di fuga dai centri di accoglienza<sup>31</sup>.

Nell'orientamento al percorso legale più idoneo l'operatore legale svolge colloqui di approfondimento alla presenza del tutore, se nominato, e del mediatore linguistico-culturale<sup>32</sup>.

In questa fase occorre valutare attentamente quale percorso consenta al minore di ottenere con maggiori probabilità un permesso di soggiorno rinnovabile anche dopo il compimento dei 18 anni, considerando caso per caso un insieme di fattori tra cui: la storia e le attuali condizioni del minore, la situazione nel Paese d'origine, il percorso del minore in Italia, l'esistenza dei presupposti per il riconoscimento della protezione internazionale o per la conversione del permesso di soggiorno per minore età in permesso per studio, lavoro o attesa occupazione al compimento dei 18 anni<sup>33</sup>.

Anche questa fattispecie di intervento avviene nel rispetto del principio di ascolto e di partecipazione del minore per cui l'operatore legale non può e non deve sostituirsi al minore, soprattutto rispetto alle decisioni da prendere.

Nel caso di MSNA richiedenti asilo, all'operatore legale compete la stesura della memoria personale del MSNA richiedente asilo e alla preparazione del colloquio con le Commissioni territoriali.

La memoria personale è uno strumento attraverso cui si ripercorre la storia del minore richiedente asilo alla luce dei contesti sociali, politici ed economici aiutandolo a fare chiarezza sulle sue vicende e a riordinare i pensieri e i ricordi; per assicurare il contenimento emotivo del MSNA con un vissuto traumatico l'operatore legale in questa fase può richiedere il supporto di un operatore con competenze specifiche.

L'audizione presso la Commissione territoriale in cui il minore espone le ragioni della propria richiesta di protezione internazionale, deve essere preparata con attenzione in modo che possa essere affrontata con serenità; il minore deve essere consapevole dell'importanza di citare episodi, luoghi e persone in modo reale e circostanziato evitando imprecisioni e contraddizioni. L'audizione del richiedente avviene in una seduta non pubblica, alla quale l'interessato partecipa accompagnato dal tutore o da chi esercita i poteri tutelari in via provvisoria; è inoltre garantita la presenza di un interprete della stessa lingua del richiedente o di altra lingua a lui comprensibile e, qualora ritenuto opportuno, di personale di sostegno (assistente sociale, psicologo, etc.) (ibidem, Manuale SPRAR 2018)

**Infine, la tutela legale del MSNA, investe l'operatore legale dei seguenti compiti:**

- supporto alle Autorità competenti nella procedura di accertamento della minore età;
- supporto all'acquisizione da parte delle competenti Autorità della documentazione relativa all'identificazione del minore tramite interviste, richieste di contatto con i familiari;
- collaborazione con i consolati dei Paesi di origine per il recupero di eventuale documentazione relativa al MSNA;
- supporto alle Autorità competenti nelle procedure di affidamento e nomina dei tutori.

<sup>31</sup>\* ARozzi, E. (2018) L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e il rilascio dei documenti. L'importanza del permesso di soggiorno e della scelta tra la domanda d'asilo e il percorso come MSNA non richiedente asilo. In: Long, J. (a cura di) Tutori volontari di minori stranieri non accompagnati. Materiali per l'informazione e la formazione. Milano: CEDAM

<sup>32</sup>\* Manuale operativo SPRAR per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria (2018). Consultabile in: <https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf>

<sup>33</sup>\* ASGI & INTERSOS (2018). Quali percorsi per i minori non accompagnati in seguito all'abrogazione del permesso per motivi umanitari? Scheda per i tutori e gli operatori che seguono minori non accompagnati. Consultabile in: <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2018/12/Scheda-Percorsi-dei-MSNA-in-seguito-allabrogazione-del-permesso-per-motivi-umanitari.pdf>

Progetto cofinanziato da



UNIONE  
EUROPEA



Prefettura di Siena



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 - 2020

Obiettivo Specifico: 2 Integrazione / Migrazione legale

Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity Building

Circolare Prefetture 2020 - VI sportello

## IN.TE.SE - INtegrazione nel Territorio SEnese - Prefettura di Siena

PROG-3676 - CUP F39C20000440007



### Sportello Aperto

dal lunedì al venerdì  
dalle 9:00 alle 13:00

tel. **3201417765**

mail: [progettointese@cooperativasocialepangea.it](mailto:progettointese@cooperativasocialepangea.it)



**PANGEA**  
cooperativa sociale

