

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER TUTORI VOLONTARI DI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)

Il benessere psico/fisico del minore straniero non accompagnato.

Profili e problematiche.

UDINE, 14 MAGGIO 2024

Percorsi di prima accoglienza sanitaria per MSNA: dai diritti alle buone prassi.

Dott.ssa Valentina Brussi

ASUFC, Dipartimento di Prevenzione-Medicina Sociale

GrIS Friuli Venezia Giulia della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La tutela del diritto alla salute

Riferimenti normativi

Perché parlare di diritti sanitari?

- Perché la loro violazione è un importante fattore di rischio per la salute dei migranti, in quanto barriera all'accesso ai servizi sanitari.
- Perché la mancata conoscenza dei principi delle normative vigenti in materia, è la prima causa di tale violazione.

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza: diritto alla salute, art.24

La Convenzione sui diritti del fanciullo all'art.24, comma 1. stabilisce che:

"Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi".

Convenzione sui diritti del fanciullo, New York 20.11.1989, ratificata dall'Italia nel 1991

Articolo 24

1. Gli Stati parti riconoscono il **diritto del fanciullo al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute fisica e mentale** e la fruizione di cure mediche e riabilitative. Gli Stati parti devono sforzarsi di garantire che il fanciullo non sia privato del diritto di beneficiare di tali servizi.

2. Gli Stati parti si sforzano di perseguire la piena attuazione di questo diritto e in particolare devono prendere misure appropriate per:

a) Ridurre il tasso di mortalità neonatale e infantile;

b) **Garantire a tutti i bambini la necessaria assistenza e cure mediche, con particolare riguardo allo sviluppo ed ai servizi sanitari di base;**

.....

Accesso al SSN dei MSNA, riferimenti normativi

Legge n.47/2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)"

art. 14:

- il comma 1 stabilisce che i MSNA hanno diritto ad essere iscritti al SSN a parità di trattamento e in piena uguaglianza rispetto ai cittadini italiani, *pure se si trovano nelle more del rilascio del permesso di soggiorno*, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale
- il comma 2 delibera che l'iscrizione al SSN è richiesta dall'esercente, anche in via temporanea, la responsabilità genitoriale o dal responsabile della struttura di prima accoglienza.

Accesso al SSN: rilascio della tessera sanitaria

- Il rilascio della tessera sanitaria è subordinato all'attribuzione del codice fiscale
- Al momento dell'appuntamento per formalizzare la domanda di permesso di soggiorno per minore età, viene consegnato un cedolino con il quale all'Agenzia delle Entrate viene attribuito il codice fiscale; successivamente all'Anagrafe Sanitaria, con la presentazione del codice fiscale, viene rilasciata la tessera sanitaria

Tessera sanitaria cartacea

- La circ. 16282 del 08.08.2022 del Min. Salute (recepita con circ. reg. della Direz. Centrale salute il 30/06/2023) riporta lo specifico codice di esenzione individuato dal MEF per i MSNA, **X24**, valido dal momento dell'iscrizione fino alla maggiore età. Viene riportato sulla tessera sanitaria cartacea. (prima solo codici regionali, temporanei)
- Tale codice prevede che le prestazioni siano erogate senza la quota di partecipazione al ticket.
- Tale esenzione si applica alle prestazioni specialistiche, non alla farmaceutica che segue le regole generali (farmaci di fascia A e C).

Importante
fare
riferimento al
MMG/PLS



codice fiscale		
cognome		
nome		
Sesso	M	data di nascita
medico		
CRM	decorrenza	29-01-2024
scadenza assistenza 28-07-2024		
ASUFC UO AGD3U1 - Ufficio Anagrafe Assistibili - Cividale		
		REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Annotazioni ed esenzioni [1 parte]

X24 dal 30-01-2024 al 28-07-2024



Annotazioni ed esenzioni [2 parte]

Accesso al SSR - rilascio della tessera sanitaria con scelta del medico medicina generale o pediatra

Procedura standard

Rintraccio FFOO



Verbale di affido alla struttura del comune di rintraccio



Appuntamento in Questura per il PdS per minore età



Ricevuta della Questura



Appuntamento in Agenzia Entrate per CF



ASL per iscrizione al SSR con MMG

Procedura in caso di bisogno imminente di salute

Rintraccio FFOO



Verbale di affido alla struttura del comune di rintraccio



Richiesta di CF da parte dell'ASL direttam. all'agenzia entrate, motivata



Comunicazione al tutore



ASL per iscrizione al SSR con MMG

- Il tempo necessario al rilascio del CF può essere anche relativamente lungo, in relazione alle diverse circostanze e situazioni
- In questo periodo il minore non può avere l'iscrizione al SSN
- In caso di necessità, per problematiche di salute intercorrenti, si può fare temporaneamente richiesta di **attribuzione del codice STP** (Straniero Temporaneamente Presente) che permette a tutti gli "irregolari" di accedere ai servizi sanitari urgenti, essenziali e continuativi, da convertire non appena possibile

In caso di urgenza
Rilascio codice STP
(valida sul territorio
nazionale)

STRUTTURA	
Codice	
STP 0 6 0	
Rilasciato il	
Valido fino al	Dichiarazione di indigenza
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rinnovo fino al	
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no


La presente tessera non è un documento di riconoscimento. È interesse del possessore portarla con sé ed esibirla in caso di necessità di cure mediche.

Cette carte-ci n'est pas une carte d'identité. Il est dans l'intérêt de son possesseur de la garder et de l'exhiber en cas de besoin de traitements médicaux.

This card is not an identification document. It is in the holder's interest to carry it with him and show it when medical treatment is required.

Esta tarjeta no es un documento de identidad. El propietario, (en su propio interés), deberá llevarla consigo y entregarla en caso de que necesite atención médica.

Kjo tesar nuk njihet si dokument njohje. Eshte ne interesin e zoteruesit ta mbaj me vete dhe ta per-dori ne rast nevoje per mjekime te ndryshme.

<p>Sagilik kurumu karnesi nufus cuzdani yerine gecerli degildir. Her zaman yaninda tasiman senin icin iyidir, doktora gidebilmek icin kullanacaksin.</p> <p>Ova knjizica nije isprava za dokaz identiteta. U interesu je vlasnika nositi je sa sobom i pokazati u slucaju zahtjeva medicinske usluge.</p> <p>Această legitimație nu este un document de identificare. Este spre interesul portătorului să o aibă asupra sa, și să o arate, în cazul necesității a îngrijirilor medicale.</p> <p>ЭТА МЕДИЦИНСКАЯ КАРТОЧКА, А НЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ, В ИНТЕРЕСАХ ВЛАСТНИКА; НОСИТЕ ЕЕ СОБОЙ И ПРЕДСТАВЛЯТЕ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ.</p> <p>هذه البطاقة ليست وثيقة تعريف. من مصلحة حاملها أن يبرزها في حال إحتياجه لعلاج طبي.</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA FRIULI - VENEZIA GIULIA Direzione Regionale della Sanità e delle Politiche Sociali</p> <p>Tesserino STP</p>
---	---

I percorsi di salute

PRINCIPI GENERALI

- Garantire la tutela della salute del singolo e nel contempo della collettività
- Equiparare il MSNA ai coetanei dal punto di vista del diritto-dovere in tema di vaccinazioni, compreso l'obbligo vaccinale per chi <16 aa
- Ottenere preventivamente la documentazione relativa al consenso informato del tutore o facente funzioni
- Quando possibile recuperare i dati vaccinali/sanitari del paese d'origine (più facile per paesi come Kosovo, Albania,...)
- ...garantire e uniformare l'offerta minima di salute a livello regionale

PROTOCOLLO REGIONALE PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI /RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE (aggiornamento del novembre 2023)

FASCE ETA'/tipo di accoglienza	PRELIEVO	VACCINAZIONI CONSIGLIATE	NOTE	SCREENING TBC
0-16 ANNI	Ac VARICELLA, HBV, EMOCROMO Se MSNA: HIV, TPHA, AST, ALT	Vedi documento regionale con calendari dei recuperi vaccinali in base alla coorte di nascita	CHIEDERE DATI VACCINALI	MANTOUX+EVENTUALE Rx torace+eventuale terapia preventiva
17-18 ANNI	Ac VARICELLA, Ac TETANO, HBV, EMOCROMO, HIV, TPHA, AST, ALT	EVENTUALE COMPLETAMENTO CICLO TETANO, CICLO POLIO, ciclo HBV se sierologia negativa, Men ACWY, MMR(V) (due dosi), HPV	CHIEDERE DATI VACCINALI	MANTOUX+EVENTUALE Rx torace+eventuale terapia preventiva
FUORI ACCOGLIENZA/in transito	NO PRELIEVO DI SCREENING ma AL BISOGNO IN BASE ALLE CONDIZIONI CLINICHE	AL BISOGNO (eventuale richiamo DTPPA, o per soggetti fragili per patologia)		Rx torace, anche in urgenza, in base alla clinica
Accoglienza in HUB/CARA	NO PRELIEVO DI SCREENING ma AL BISOGNO IN BASE ALLE CONDIZIONI CLINICHE	NOTA 1	Se la permanenza si prolunga, anticipare gli interventi previsti in CAS	Questionario di ingresso in struttura. NOTA 1
ADULTO CAS	NO PRELIEVO DI SCREENING, ma AL BISOGNO IN BASE ALLE CONDIZIONI CLINICHE	RC DTPPA + almeno 1 MMR (escluse donne in gravidanza)		MANTOUX+EVENTUALE Rx torace+eventuale terapia preventiva
ADULTO SAI	EMOCROMO, Ac VARICELLA, HBV, HCV, HIV, TPHA, AST, ALT	COMPLETARE con 2°MMR(V), COMPLETARE IPV (due dosi) se già effettuato DTPPA, ciclo HBV se sierologia negativa, HPV a MSM e HIV+ **	Invio al consultorio familiare per visita ginecologica, PAP test* ed eventuale contraccezione.	MANTOUX+EVENTUALE Rx torace+eventuale terapia preventiva
VITTIME DI TRATTA (art. 18) e/o di violenza sessuale	EMOCROMO, Ac VARICELLA, HIV, TPHA, HBV, HAV, HCV, TAMPONE CERVICOVAGINALE AST, ALT	2 DOSI MMR(V), DTPPA, COMPLETARE IPV (due dosi), ciclo HBV se sierologia negativa, HPV **	Invio al consultorio familiare per visita ginecologica, PAP test* ed eventuale contraccezione.	MANTOUX+EVENTUALE Rx torace+eventuale terapia preventiva



Parcorso di prima accoglienza sanitaria dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD): revisione di 12 anni di attività

Sammartano F.¹, Brussl V.², Gandolfi C.¹, Gnesutta D.¹, Mauro K.¹, Pilutti G.¹, Pischiutti A.¹, Pizzalle G.¹
¹Dipartimento di Area Medica-Università di Udine ²Dipartimento di prevenzione-Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine; ³GRIS FVG; ⁴Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

2 TBC
 10 esiti di TBC
 325 ITL
 63 HBsAg
 2 sifilidi
 22 scabbie
 21 parassitosi fecali
 11 torture
 5 carcere

Introduzione e obiettivi: L'accoglienza di minori stranieri non accompagnati (MSNA) nel territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD) è un fenomeno ben radicato a partire dagli anni '90; nel tempo si è sviluppato un solido modello di percorso di prima accoglienza sanitaria condiviso con le strutture di accoglienza. Tale accoglienza si basa sul protocollo della regione Friuli Venezia Giulia (FVG) per la gestione dei migranti richiedenti protezione internazionale e risulta simile a quella attuata negli Stati Uniti ad eccezione per la profilassi delle parassitosi. La gestione sanitaria dei MSNA presso il Dipartimento di prevenzione dell'ASUIUD prevede: colloquio, visita medica, effettuazione della prova tubercolinica secondo Mantoux (ed eventuali accertamenti necessari), di esami ematochimici, vaccinazioni ed altri eventuali esami di approfondimento/terapia.

L'obiettivo è analizzare la gran mole di dati disponibili, relativi a dati sociodemografici, coperture vaccinali, malattie infettive.

Metodi e azioni: sono stati raccolti ed elaborati i dati relativi ai MSNA che hanno effettuato un percorso di prima accoglienza sanitaria presso l'ASUIUD, nel periodo 2004-2016. Sono state quindi eseguite delle analisi statistiche descrittive delle principali variabili di interesse e dei test statistici (chi-quadro) per testare la significatività delle differenze riscontrate tra le varie variabili in base all'area geografica di provenienza.

Tabella 2. Frequenze del profilo sierologico delle principali malattie infettive, prevenibili con vaccinazione, di tutti i MSNA afferenti al Dipartimento di Prevenzione dell'ASUIUD dal 2004 al 2016, suddivisi anche in base all'area geografica di appartenenza

Variabile	Categorie	Frequenza	Frequenza per Africa (%)	Frequenza per Asia	Frequenza per Europa non UE	Frequenza per Medio Oriente	Frequenza per Europa UE
Epatite B	Mai vaccinato/ Non protetto	955 (67,25%)	55 (49,11%)	376 (68,36%)	450 (72,23%)	12 (75,00%)	62 (52,10%)
	Protetto (vaccinato o progressa infezione)	402 (28,31%)	53 (47,32%)	153 (27,82%)	146 (23,43%)	4 (25,00%)	46 (38,66%)
	Risultato positivo (Portatore)	63 (4,44%)	4 (3,57%)	21 (3,82%)	27 (4,33%)	0	11 (9,21%)
	Totale	1420 (100%)	112 (100%)	550 (100%)	623 (100%)	16 (100%)	119 (100%)
Epatite C*	Presenza di anticorpi	2 (0,94%)	1	1	0	0	0
	Absenza di anticorpi	66 (97,06%)	2	2	2	0	60 (100%)
	Totale	68 (100%)	3	3	2	0	60 (100%)
	Non protetto	139 (18,39%)	12 (21,21%)	86 (15,15%)	36 (15,45%)	2 (33,33%)	1
Varicella†	Protetto (vaccinato o progressa infezione)	617 (81,61%)	52 (78,79%)	363 (80,85%)	197 (84,55%)	4 (66,67%)	1
	Totale	756 (100%)	66 (100%)	449 (100%)	233 (100%)	6 (100%)	2
	Non protetto	182 (12,81%)	12 (10,81%)	155 (28,08%)	13 (2,08%)	2 (12,50%)	43 (36,44%)
	Protetto	596 (41,94%)	33 (29,73%)	345 (62,77%)	338 (54,17%)	5 (31,25%)	75 (63,56%)
Tetano	Parzialmente protetto (necessario richiamo vaccinale)	643 (45,25%)	66 (59,46%)	252 (45,65%)	273 (43,75%)	9 (56,25%)	0
	Totale	1421 (100%)	111 (100%)	552 (100%)	624 (100%)	16 (100%)	118 (100%)
	Non protetto	182 (12,81%)	12 (10,81%)	155 (28,08%)	13 (2,08%)	2 (12,50%)	43 (36,44%)
	Protetto	596 (41,94%)	33 (29,73%)	345 (62,77%)	338 (54,17%)	5 (31,25%)	75 (63,56%)

*Chi-quadro applicabile solo per il confronto di frequenza tra Africa, Asia ed Europa non UE.
 †Chi-quadro applicabile solo per il confronto di frequenza tra Africa, Asia ed Europa non UE.

Risultati: Dal 2004 al 2016 sono stati valutati 1.725 MSNA, di cui il 96% di sesso maschile, con un'età mediana di 17,25 anni (IQR: 1,01). Il trend in questi 12 anni è stato in progressiva crescita. I MSNA provenivano dalle seguenti aree: il 41,68% (n=719) dall'Europa non comunitaria (di cui 53,55% dal Kosovo e 42,14% dall'Albania), il 36,12% dall'Asia (di cui 52,65% dal Bangladesh, il 31,30% dall'Afghanistan e 14,61% dal Pakistan), il 13,45% dall'Europa comunitaria (UE) (di cui il 95,26% dall'Albania) ed il 7,54% dall'Africa (Tabella 1). Il 59,55% dei MSNA dichiaranti ha una frequenza scolastica superiore a 6 anni ed il 95,13% è di religione musulmana (Tabella 1). Il livello scolastico è significativamente più elevato per i MSNA provenienti dall'Europa non UE (il 72,60% ha una scolarità di 9 anni o più) rispetto a quelli provenienti dall'Asia (26,03%) (p < 0,0001, dati non mostrati).

Sono state eseguite 1.655 Mantoux, di cui 356 hanno richiesto l'approfondimento con radiografia del torace che in soli 2 casi ha rilevato una tubercolosi (TBC) polmonare (che è stata adeguatamente trattata) ed in 10 casi erano presenti esiti specifici di TBC (Tabella 1). Sono state riscontrate 325 infezioni tubercolari latenti (ITL), di cui il 45,54% in MSNA dell'Asia ed il 33,99% in minori provenienti dall'Europa non UE (Tabella 1, p=0,0007). Le terapie preventive iniziate (per ITL o esiti) sono state 155, di cui 67 (37,02%) quelle portate a termine (Tabella 1). Il 28,31% dei MSNA è risultato protetto per l'Epatite B, nel 4,44% è stata riscontrata positività per l'HbsAg. L'81,61% è risultato protetto per la varicella. Il 12,81% non aveva alcuna protezione per il tetano. Nei casi richiesti si è provveduto alla somministrazione delle vaccinazioni. Il profilo sierologico delle principali malattie infettive, suddiviso anche in base all'area geografica di provenienza, è illustrato in tabella 2. Le differenze di frequenza dei profili sierologici per le diverse aree di provenienza sono risultate significative per il tetano e per l'Epatite B (p < 0,0001).

Abbiamo riscontrato solamente 2 casi di sifilide attiva, 3 di sifilide pregressa e 22 casi di scabbia. Sono state effettuate 41 coproculture, di cui 21 quelle positive (6 con associata anche ipereosinofilia). Non abbiamo riscontrato nessuna positività al test sierologico per l'HIV (Tabella 1). Infine 11 MSNA hanno dichiarato pregresse torture e 5 minori pregresse esperienze di carcere: 8 di questi MSNA erano afgani, 3 pakistani, 3 africani e 2 rumeni.

Tabella 1. Frequenze delle variabili socio-demografiche e sanitarie di tutti i MSNA afferenti al Dipartimento di Prevenzione dell'ASUIUD dal 2004 al 2016

Variable	Categorie	Frequenza (%)
Genere	Totale	1725 (100)
	Femmine	69 (4,00)
	Maschi	1656 (96,00)
Area geografica di provenienza	Africa	130 (7,54)
	Asia	623 (36,12)
	Bangladesh	328 (52,65)
	Afghanistan	106 (16,99)
	Pakistan	95 (14,61)
	Europa (non comunitaria)	719 (41,68)
	Kosovo	385 (53,55)
	Albania	303 (42,14)
	Centro-Sud America	3 (0,17)
	Medio Oriente	18 (1,04)
Europa (stati della UE)	Romania	232 (13,45)
	Totale	221 (12,60%)
	0	29 (2,26)
	1-5	110 (8,34)
	6-8	136 (8,75)
	9-13	73 (5,06)
Religione	Totale	951
	Cristiana	9 (1,58)
	Musulmana	332 (95,13)
Prova tubercolinica	Indu	3 (0,86)
	Totale	346
	Non effettuata	70 (20,26)
Risultato della Prova tubercolinica	Effettuata	1655 (98,96)
	Totale	1725 (100)
	Positiva	646 (39,03)
Cultura BCG	Negativa	1009 (60,97)
	Totale	1655
	Presente	737 (42,72)
Radiografia del Torace	Non rilevabile	908 (57,48)
	Totale	1725 (100)
	Esiguita	356 (20,64)
Risultato della Radiografia del Torace	Non eseguita	1369 (79,36)
	Totale	1725 (100)
	Normale	344 (96,63)
Chemioprofilassi per Tubercolosi	Totale	12 (3,37)
	Effettuata e conclusa	67 (57,02)
	Effettuata, in corso	57 (31,49)
Tubercolosi	Iniziativa ma interrotta/scoperta	31 (17,13)
	Completata e prescritta	26 (14,36)
	Totale	181 (100)
Infezione tubercolare latente	Casi documentati e trattati	2
	Casi totali	325 (100)
	Asia	149 (45,85%)
Epatite A	Europa non UE	107 (32,92%)
	Europa UE	36 (11,09%)
	Africa	29 (8,92%)
HIV	Medio Oriente	4 (1,23%)
	Casi documentati	1
	Negatività	1414
Sifilide	Negatività	1374 (99,64)
	Infezione Attiva	2 (0,15)
	Infezione pregressa	3 (0,22)
Tortura/rapporto carcere	Totale	1370 (100)
	Tortura-situazione	11
	Carcere	5
Scabbie	Casi trattati	22
	Eosinofilia	27
	Positiva	21
Coprocultura	Negativa	20
	Totale	41
	Ancilostoma	12
Trichinella	3	
	Strongiloides	7
	Entamoeba	2
Heterocystis	2	
	Giardia	1
	Dientamoeba	1
Schistosoma	1	
	1	
	1	

Conclusioni: Negli anni sono mutate le provenienze, in particolare prima del 2008 prevalevano i MSNA di nazionalità rumena, successivamente invece i kosovari e gli albanesi. Negli ultimi anni (2014-2016) è stato registrato un notevole incremento di MSNA bengalesi, afgani e pakistani. Solo il 7,5% provengono dall'Africa. Le femmine sono sempre state una piccolissima minoranza (4%). La percentuale di coloro che completano la terapia preventiva della TBC è risultata bassa, principalmente a causa dell'uscita dal progetto per maggiore età. I MSNA provenienti dall'Asia sono risultati quelli che con maggior frequenza hanno subito violenze o comunque pregresse esperienze traumatiche.

Bibliografia
 1. Regione Friuli Venezia Giulia. PROTOCOLLO PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE. 2015. http://www.slrmweb.it/leadadmin/documenti/slrm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGRANT_Lingua_FVG_11.06.015.pdf
 2. Waggoner-Fontaine Linda A. Management of refugees and international Adoptees. *Pediatr Clin N Am* (2017) 563-960. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2017.03.011>
 3. Bishop D, Altschuler M, Soofi K, Panzer J, Mills G, MoManus P. The refugee medical exam: what you need to do. *J Fam Pract*. 2012; 61(12):41-43.0.
 4. Child and Teen Clinic Harborview Medical Center. Approach to medical assessment and screening for new refugee and immigrant children. 2007. EthnolMed. University of Washington. https://ethnomed.org/clinical/refugee-health/Approach_to_Medical_Assessment_Children.pdf

Oltre allo screening per le malattie infettive...

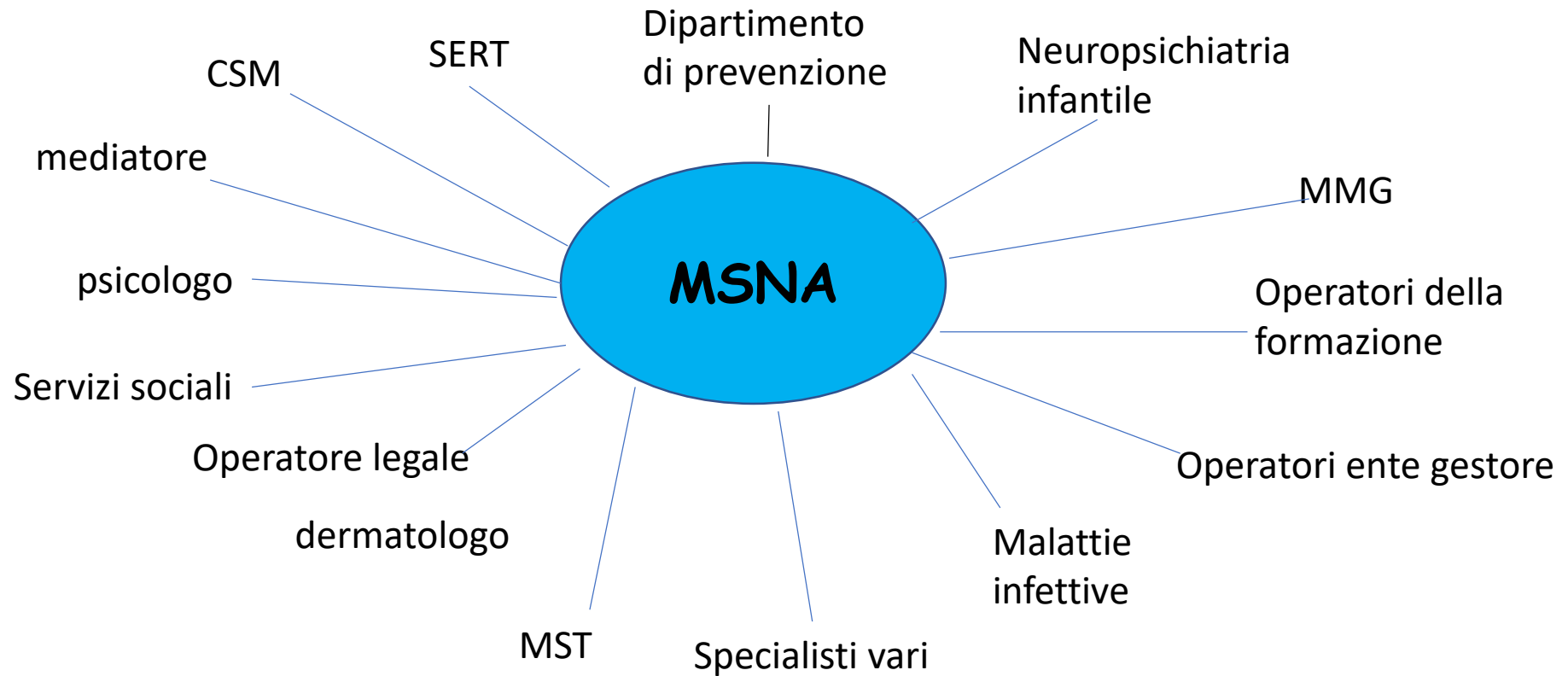
Contatto con il «referente sanitario» della struttura per eventuali segnalazioni di situazioni con particolare criticità. Importante che chi accompagna il ragazzo sia a conoscenza delle specifiche situazioni oltre che dei percorsi di salute.

All'appuntamento (ad iscrizione SSN effettuata):

- Livello di istruzione
- Anamnesi migratoria (motivo della partenza, percorso, durata del viaggio, eventi traumatici premigratori-durante il viaggio-postmigratori, sfruttamenti lavorativi, violenze...)
- Anamnesi familiare e personale, fisiologica e patologica (malattie in famiglia, precedenti ricoveri, interventi chirurgici,...) (problemi di insonnia, incubi notturni, ansia, difficoltà di concentrazione, atti di autolesionismo, rischi sessuali, uso di sostanze,...)
- Prelievo di sangue
- Prova tubercolinica
- Visita medica su segnalazione dei colleghi AS (prurito, altre lesioni cutanee, esiti di traumi, fatti acuti,...) (certificazione di cicatrici compatibili con esiti di violenze)
- Prescrizione ulteriori accertamenti sanitari
- Attivazione percorsi di presa in carico se necessari (rete servizi territoriali; neuropsichiatria, altro)

E' fondamentale avere un operatore di riferimento per i percorsi sanitari!

La rete dei servizi



Tutore come punto di riferimento, che facilita e garantisce l'accesso alle informazioni e ai servizi, nonché ai diritti

Protezione della salute psichica

- Eventuali **eventi traumatici premigratori** (torture, violenze di massa, lutti gravi, violenze familiari...)
- **Eventi traumatici legati al percorso migratorio**: il viaggio stesso è quasi sempre un evento traumatico importante, che va a colpire soggetti con una maggiore vulnerabilità psichica (sfruttamenti lavorativi nei paesi intermedi, violenze fisiche e sessuali,...)
- **Difficoltà di vita postmigratorie**: condizioni di accoglienza inadeguate agiscono come fattore moltiplicatore del trauma e sono patogene per la salute psichica. Importanza di una accoglienza pronta e adeguata.

Uscita al compimento dei 18 anni è spesso un'incognita e rischia di interrompere percorsi di cura

- Potenziare il supporto psicoeducativo nei centri di accoglienza
- Individuare precocemente situazioni di vulnerabilità psicologica
- Garantire adeguata mediazione al bisogno
- Attivare percorsi di presa in carico da parte di servizi specialistici competenti

Somatizzazioni

Il sintomo è spesso utilizzato come aggancio utile per creare una relazione, un'alleanza terapeutica; a volte è lo "strumento" per una richiesta di aiuto più generica. Rischio iatrogeno.

- Cefalea/dolori somatici ricorrenti
- Disturbi gastrointestinali, inappetenza, calo di peso
- Disturbi visivi
- Palpitazioni
- Insonnia

Somatizzazione quale spia di un possibile disagio posttraumatico non riferito e non rilevato

Fanno parlare il corpo per dire ciò che non riescono a raccontare

Disturbo organico come aggancio
utile per creare alleanze
terapeutiche e fiducia nell'altro.

La presa in carico

- assicurare una **risposta ai bisogni di base** (casa, cibo, vestiti, ass. legale, ass. sociale, corsi di lingua, ass. sanitaria, occupazione tempo libero);
- Già **l'accoglienza**, se adeguata, può essere terapeutica
- Importante trovare attività che **scandiscano il tempo** (scuola, laboratori, attività ludico-sportive, opportunità di socializzazione,...)
- Favorire le reti di appartenenza, di solidarietà

La presa in carico

- È terapeutica una **presa in carico unitaria, integrata**; realizzare reti integrate di assistenza psicosociale, sinergiche tra loro.
- Promuovere buone prassi di accoglienza e di assistenza sociale, legale, assistenziale, medica e, all'occorrenza, psicoterapeutica.

Buone politiche di accoglienza, riducono i fattori di rischio e la possibile traumatizzazione secondaria con effetti sull'integrazione sociale e sui comportamenti a rischio.

Una rapida presa in carico
complessiva e un adeguato
supporto sociale
costituiscono un fattore
tampone protettivo.