



18/19 Ottobre 2019 Aula magna Az. Osp. Univ. Meyer/Firenze

VII congresso Gds SIN Neonayologia e Sviluppo Cure essenziali nei paesi a basse risorse



"IN CAMMINO PER IL MONDO:
NEONATOLOGIA SENZA CONFINI"

Esperienze in Migrazione ...

Regione Sicilia

Simona La Placa

Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante



GLNBM-SIP Network

Torino
Novara
Verbania
Tradate (VA)
Milano – S. Paolo
Milano – S. Carlo
Treviso
Negrar (VR)
Rovereto (TN)
S. Vito T. (PN)
Bologna
Parma
Firenze
Ancona
Fano (PU)
Roma - INPM
Roma - Gemelli
Pescara
Napoli
Lecce
Nardò (LE)
Palermo



www.glnbi.org



New York 1989 UN Convention on the Rights of the Child (CRC)

1991 “Legge 174/1991”

www.glnbi.org

1992

**Determinanti
sociali
Fattori di
rischio e
vulnerabilità
socio-sanitaria**



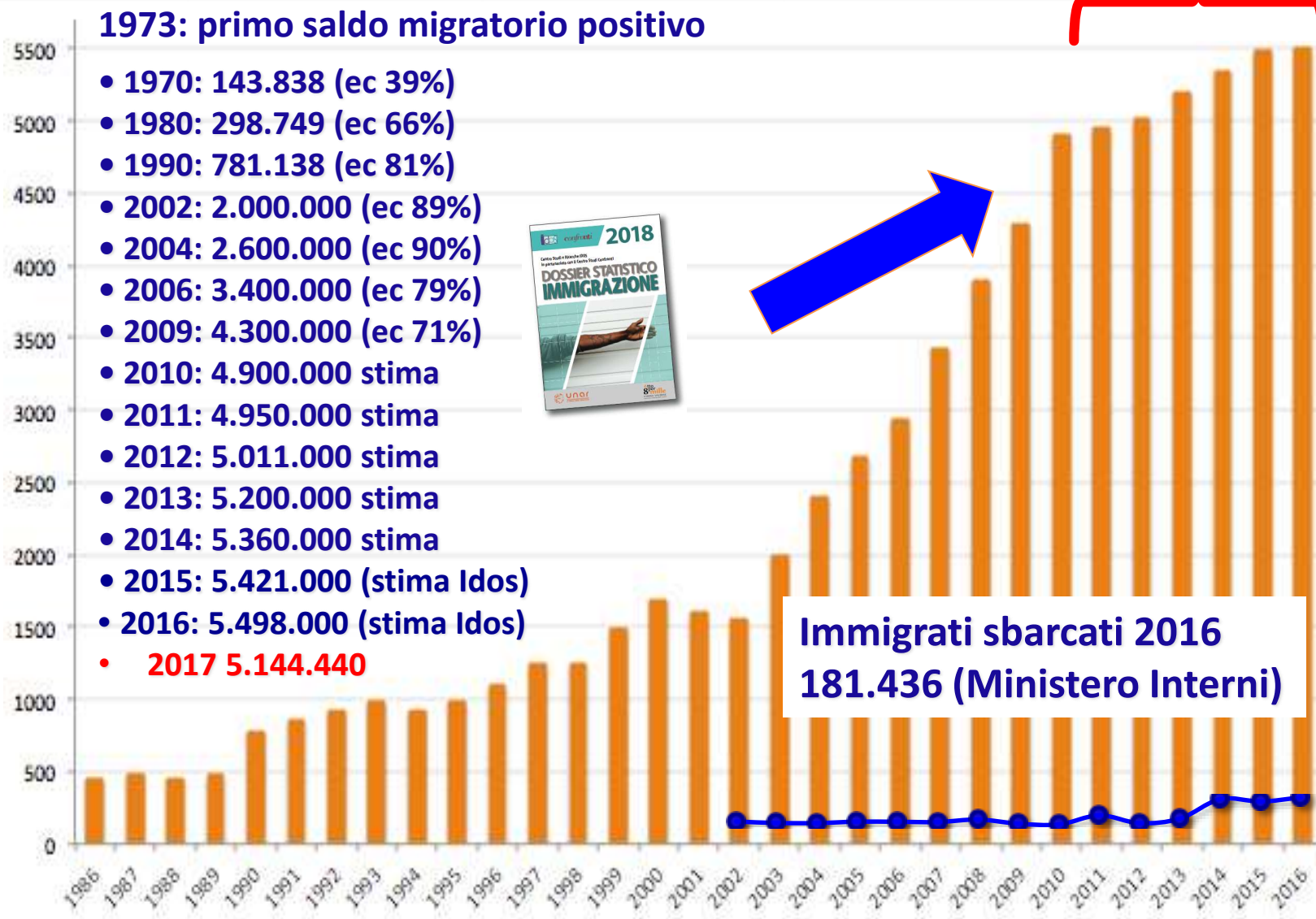
- *Figli di immigrati nati in Italia*
- *Immigrati con i genitori*
- *Nati in Italia o Immigrati con lunga separazione dai genitori*
- *Figli di genitori irregolari (senza permesso di soggiorno)*
- *Bambini adottati*
- *Bambini Rom/Sinti*
- *Figli di rifugiati*
- *Minori non accompagnati*

Bambino Immigrato vs Migrante

“ogni soggetto in età pediatrica la cui presenza nel nostro paese sia, a qualsiasi titolo, in relazione con un movimento migratorio”

(Salvioli, 1994)

Immigrazione in Italia: numero totale e trend all'inizio 2018 (x 1.000)



Cruscotto Statistico Immigrazione

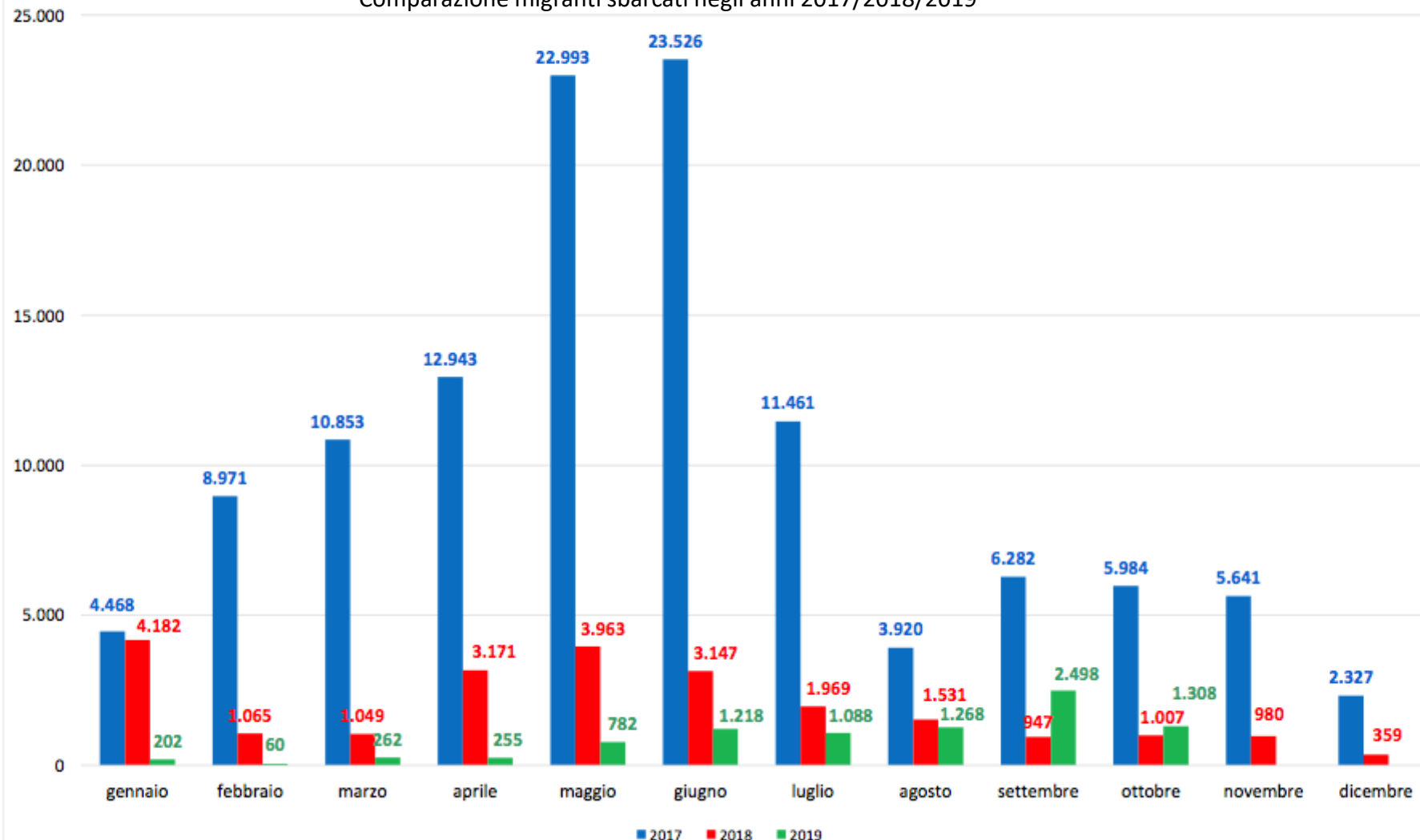
18 ottobre 2019

2017:119.369

2018:23.370

2019:8.941*

Comparazione migranti sbarcati negli anni 2017/2018/2019



Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

Cruscotto Statistico Immigrazione

18 ottobre 2019

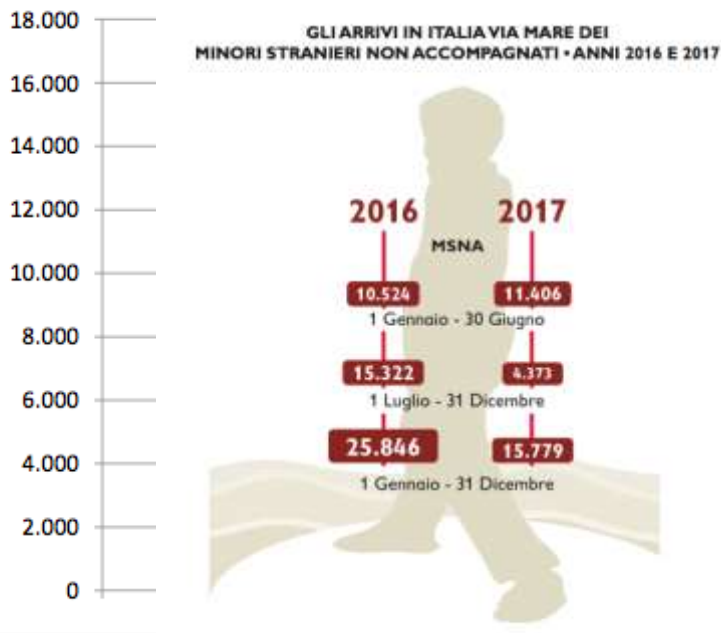
Minors Stranieri Non Accompagnati

Anno **2016** 25.856

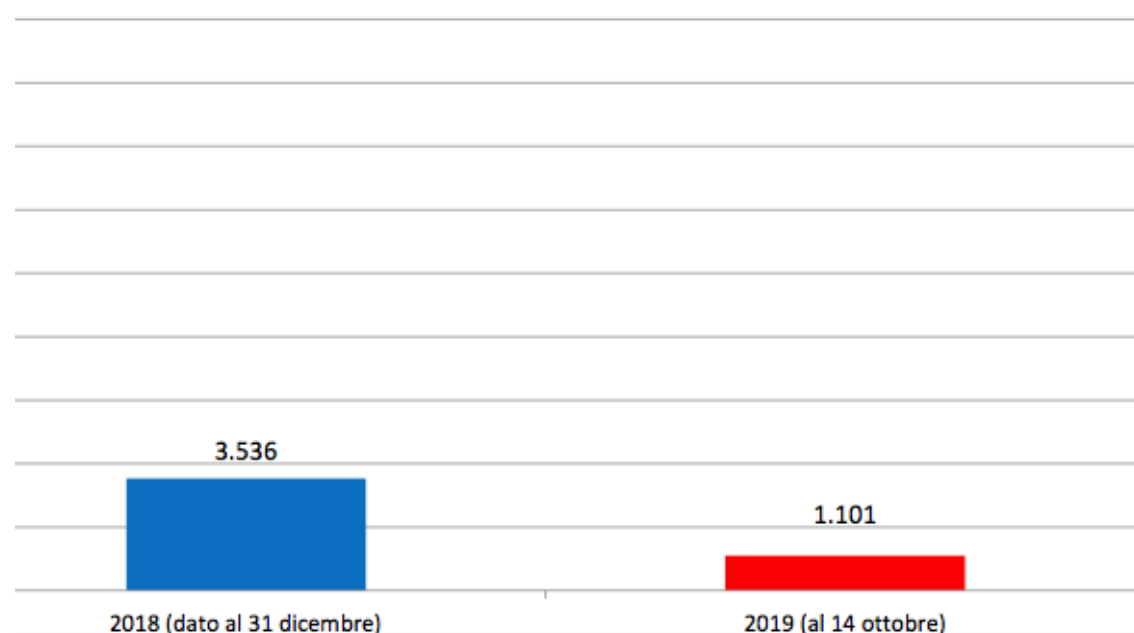
Anno **2017**: 15.779

Anno **2018**: 3.536

Anno **2019**: 1.101



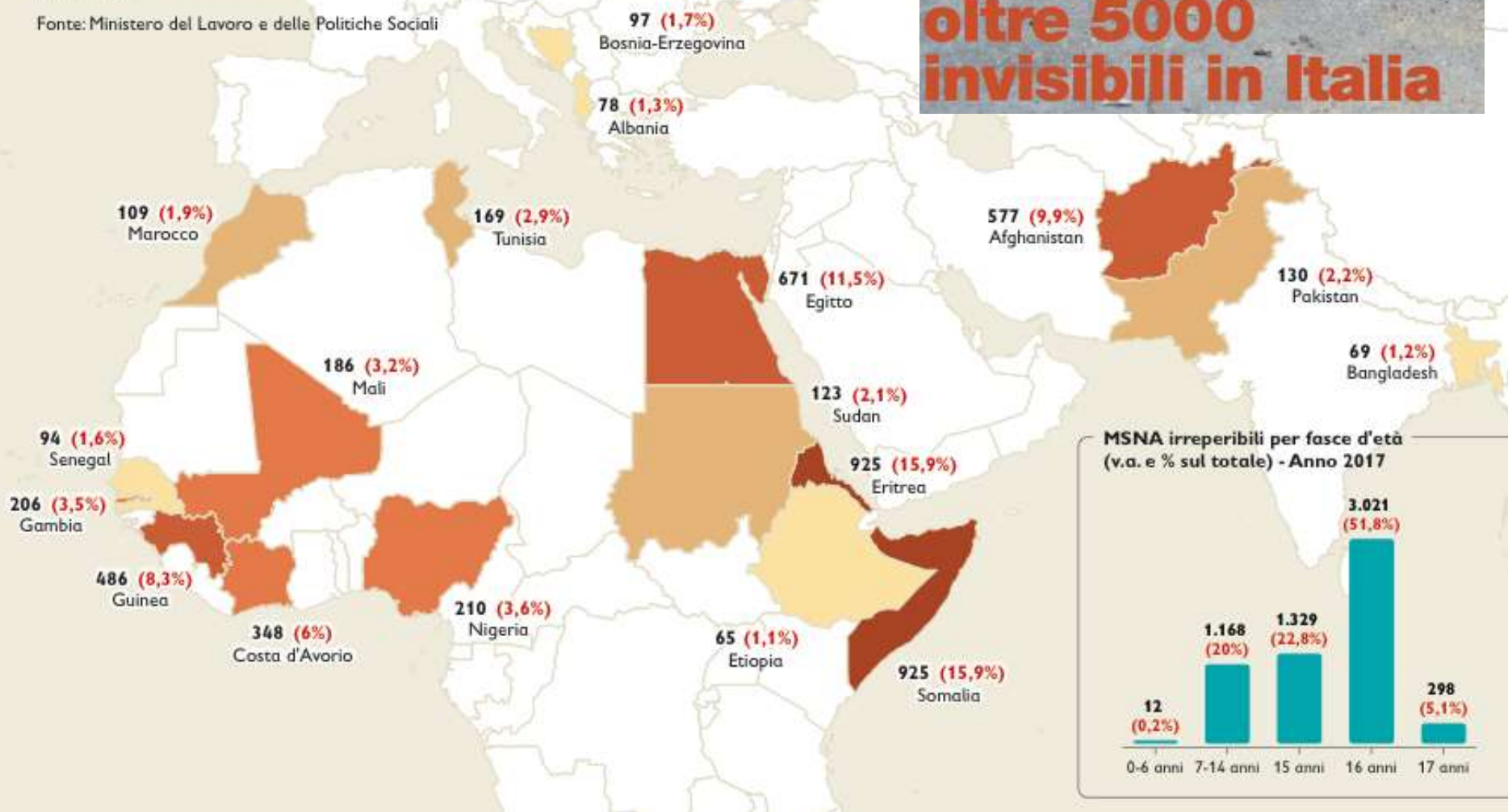
Fonte: Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza



PRINCIPALI CITTADINANZE DEI MSNA IRREPERIBILI (V.A. E % SUL TOTALE)

Anno: 2017

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali



al 31 dicembre 2018

TOTALE	5.229³	100
---------------	--------------------------	------------



Save the Children

Fonte: Atlante dei minori migranti 2018 - Save the Children



in partenariato con

confronti

con il sostegno dei fondi

otto per mille
CHIESA VALDESE
SPORTELLI DELLE CHIESE METODISTE E VALDESE

in collaborazione con



con il contributo di



DOSSIER STATISTICO IMMIGRAZIONE 2018

60.483.973 popolazione residente totale

5.144.440 (8,5%)

52% donne straniere



Questa edizione del Dossier è stata realizzata con il supporto di



Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM)
The UN Migration Agency

gus
gruppo umana solidarietà

www.dossierimmigrazione.it/CATALOGO



20,2%
del totale degli stranieri



68.000 (14,8%)

vs 82.096 (2012)

Nati in Italia da genitori stranieri

Iscritti a scuola a.s. 2016/2017

826.091

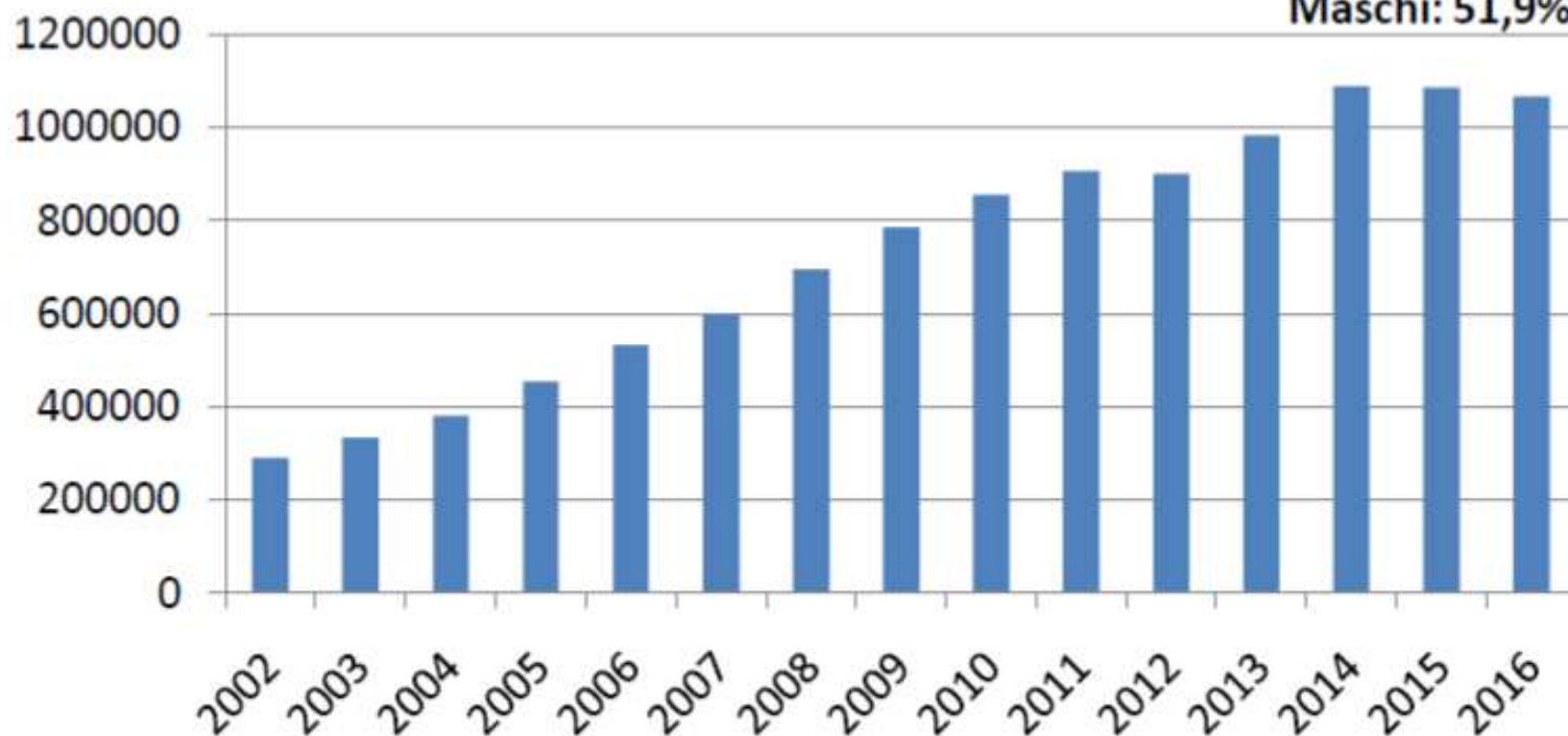
(9,2% degli iscritti, 60,9% nato in Italia)

2.470.000 famiglie con almeno un componente straniero
(7/10 solo stranieri 70% uniparentali, 30% coppie)

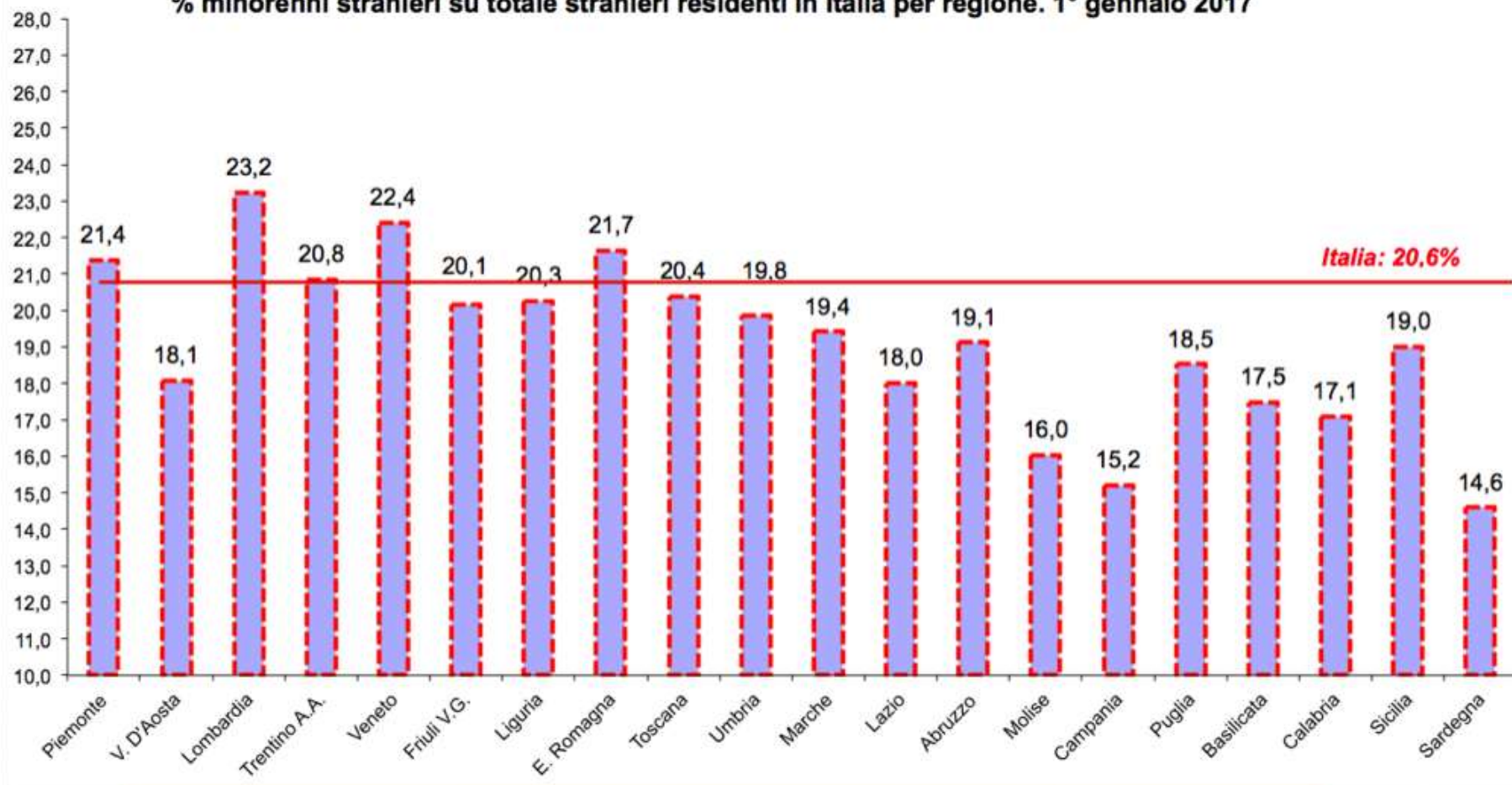
Minori stranieri residenti in Italia al 1° Gennaio, anni 2002-2016

Minori stranieri

1° Gennaio 2016:
Femmine; 48,1%
Maschi: 51,9%



% minorenni stranieri su totale stranieri residenti in Italia per regione. 1° gennaio 2017



Gli alunni con cittadinanza non italiana

Luglio 2019

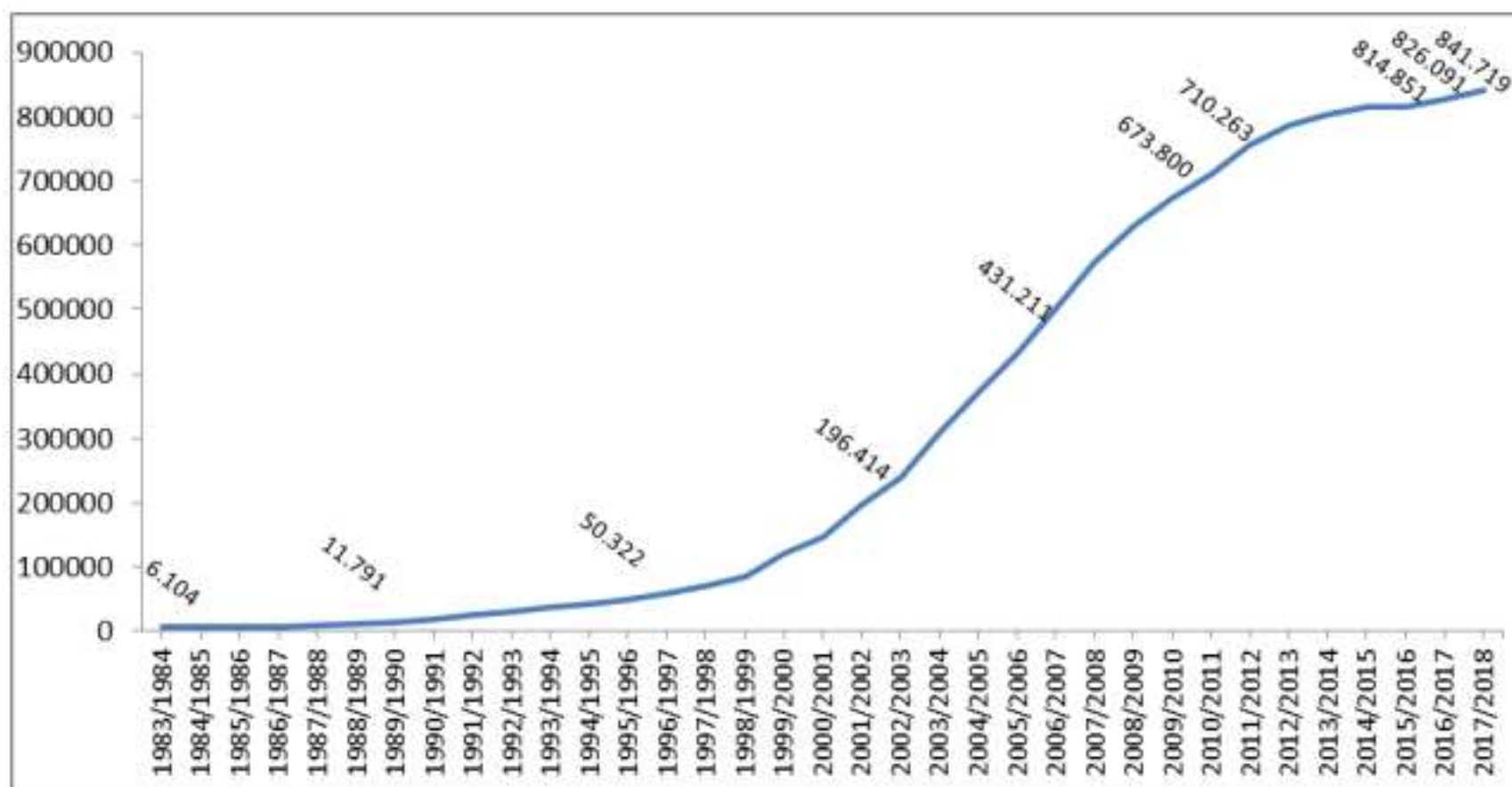
A.S. 2017/2018



Gestione Patrimonio
Informativo e Statistica



Grafico 1 – Alunni con cittadinanza non italiana (valori assoluti) - AA.SS. 1983/1984 - 2017/2018





CONVENZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELL' INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

New York, 20 Novembre 1989

per ogni bambino salute, scuola, uguaglianza e protezione

"CHILD"

ogni essere umano di età inferiore ai 18 anni (art.1), salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile, **il cui interesse deve essere tenuto in primaria considerazione in ogni circostanza**

"best interest" (art.3)

Diritto alla **VITA** (art.6)

Diritto alla **parità di genere e non discriminazione e integrità fisica e mentale**

Diritto di **ISTRUZIONE, GIOCARE, ESSERE TUTELATI**
da sfruttamento e abuso

Diritto di **ESPRIMERE LA PROPRIA OPINIONE**
(art.12)
e di **ESSERE ASCOLTATI E INFORMATI** (art. 13)

Diritto alla **SALUTE** e possibilità di beneficiare del **SERVIZIO SANITARIO** (art.24)

Gruppo CRC

Convention on the Rights of the Child: 2013-2017



AREE TEMATICHE

-  Misure generali di attuazione della CRC in Italia
-  I principi generali della CRC
-  I diritti civili e le libertà
-  Ambiente familiare e misure alternative
-  Salute e assistenza
-  Educazione, gioco e attività culturali
-  Misure speciali per la tutela dei minori

www.gruppocrc.net

- Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri
- Mutilazioni Genitali Femminili
- Minori Stranieri Non Accompagnati



10° Rapporto CRC *in press*



Ministero della Salute

Nuovi LEA

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Art. 63

Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea
non in regola con il permesso di soggiorno

4. I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parita' con i cittadini italiani.

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg



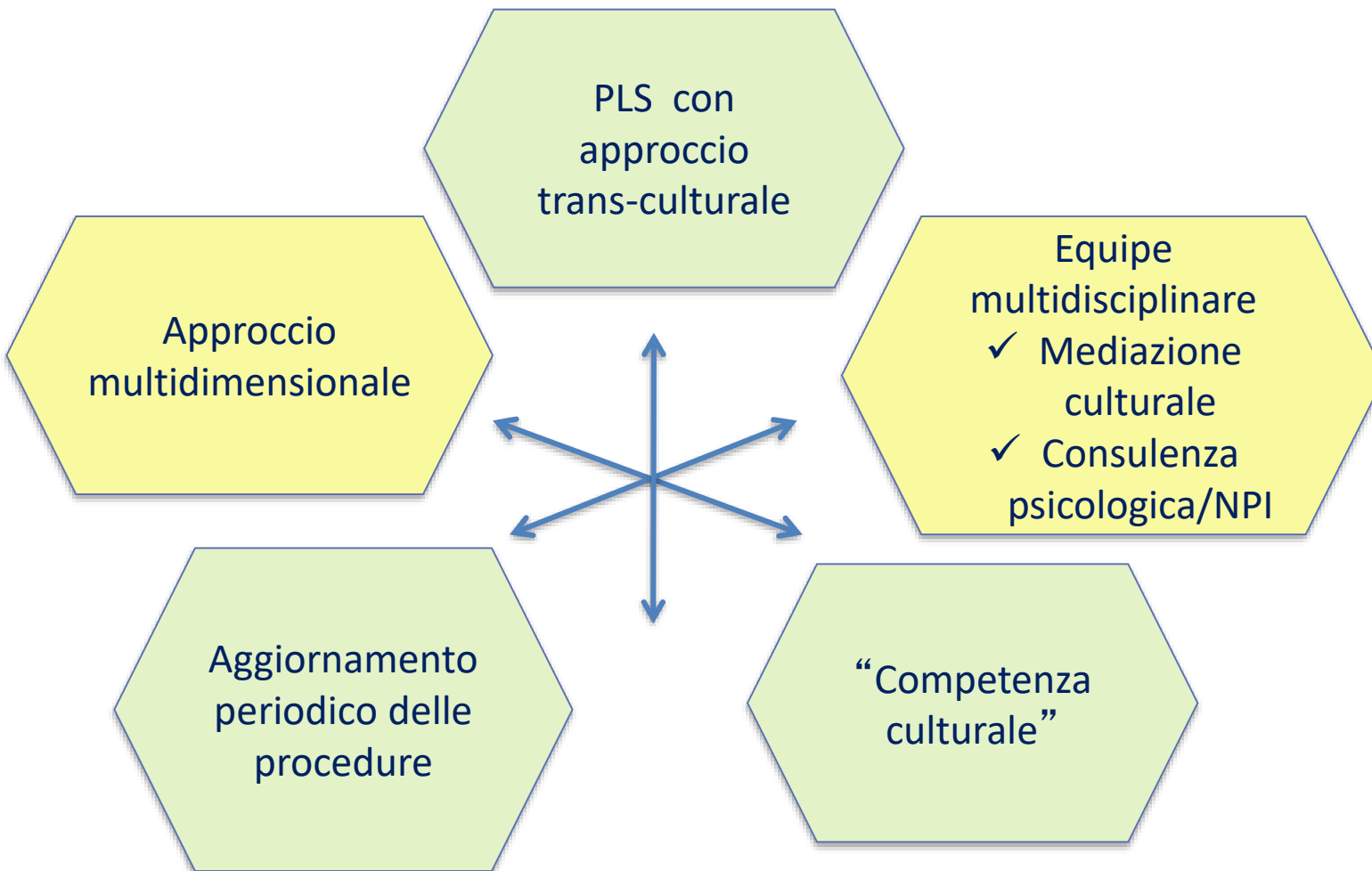
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

PEDIATRIA DI FAMIGLIA

PRESA IN CARICO

la figura del PLS e il suo ruolo di “presa in carico” che, oltre all’attività diagnostica e terapeutica comprende :

- **i controlli periodici di salute,**
- **il monitoraggio dello sviluppo cognitivo e relazionale,**
- **l’educazione sanitaria,**
- **la prevenzione**
- **il sostegno alla genitorialità.**



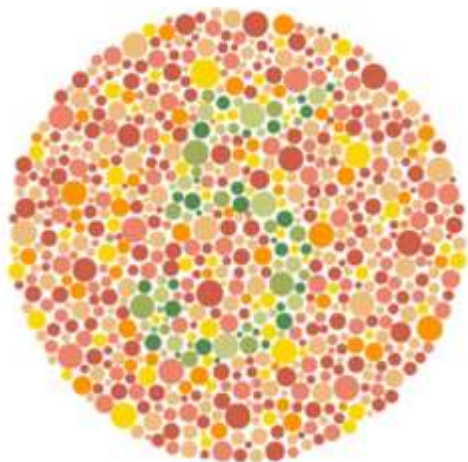
FORMAZIONE

- Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia
- Scuole di Specializzazione in Pediatria e Ostetricia e Ginecologia
- Corsi per i Medici di Medicina Generale
- Lauree brevi in Ostetricia e Infermieristica pediatrica
- Corsi di aggiornamento per il personale aziendale e a tema per operatori



- **Competenza culturale**

«intesa come un insieme di conoscenze e abilità che, tenendo conto della specifica provenienza, cultura, etnia, situazione socio-economica e giuridica di ogni bambino migrante, permette un'assistenza coerente con i diversi bisogni, evitando standardizzazioni e assicurando al minore il diritto alla salute, in un'ottica di equità e inclusione.»





*«Percorsi diagnostico
assistenziali di prima
accoglienza
nell'ambito dei quali
tutte le varie
tipologie di bambini
possano rientrare e che
conducano al più
presto all'inclusione
nel SSN in un'ottica
di equità»*



www.glnbi.org

Razionalizzazione delle risorse

Competenza culturale



Sistema nazionale per le linee guida

Lg
LINEA GUIDA SALUTE M

Data di pubblicazione: giugno 2017
Data di aggiornamento: giugno 2023

Raccomandazioni evidence-based circa la pratica dei controlli sanitari su migranti e profughi richiedenti protezione internazionale, al momento dell'arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza.

Direttrici principali:

- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.



I controlli alla frontiera

La frontiera dei controlli

	<i>Soccorso e prima assistenza</i>	<i>Prima accoglienza</i>	<i>Seconda accoglienza</i>
Finalità del controllo sanitario	Valutazione medica iniziale: presenza di segni e sintomi indicativi di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza	Visita medica: rilevazione di dati anamnestici e ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose	Presa in carico sanitaria: interventi di prevenzione primaria (vaccinazioni) e di prevenzione secondaria che prevedano la ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica, attraverso il ricorso a specifiche procedure di screening
Anamnesi		Anamnesi personale e familiare per malattie croniche e/o infettive: anamnesi farmacologica, allergie a farmaci, traumi, gravidanza	
			Presenza fattori di rischio per HIV, HBV, HCV, IST (pregresse trasfusioni, TD, <i>partner</i> sessuali multipli, abusi sessuali, contatti di caso)
Esame obiettivo	Rilevazione di segni e/o sintomi: · tosse da ≥ 2 settimane (TB) · febbre, splenomegalia (malaria) · ispezione della cute per identificazione di ectoparassitosi · diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito · segni e/o sintomi di anemia	Rilevazione di segni e/o sintomi: · tosse da ≥ 2 settimane (TB) · febbre, splenomegalia (malaria) · ispezione della cute per identificazione di ectoparassitosi · secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali (IST) · diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria in atto o pregressa (parassitosi) · segni e/o sintomi di diabete · segni e/o sintomi di anemia · misurazione della pressione arteriosa	

I controlli alla frontiera

La frontiera dei controlli

	Soccorso e prima assistenza	Prima accoglienza	Seconda accoglienza
Test di screening			Screening: • emocromo su tutti i migranti • inserimento delle donne di età 25-49 aa. nei programmi territoriali di screening per il carcinoma della cervice uterina Criterio epidemiologico (alta endemia) e/o esposizione a fattori di rischio: • TST/IGRA su migranti asintomatici da paesi con incidenza TB >100/100.000 • test HIV su migranti ≥16 aa da paesi con prevalenza >1%, su donne in gravidanza o in allattamento, e su soggetti (anche minori) esposti a fattori di rischio o con coinfezioni (altra IST o TB) • sierologia HBsAg, HBcAb e HBsAb su migranti da paesi a prevalenza di HBV >2% e su soggetti con fattori di rischio e su donne in gravidanza • test HCV su migranti da paesi a prevalenza >3% e su soggetti con fattori di rischio • test diagnostici per infezione da <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, basati sull'esecuzione di PCR su urine o tamponi cervico-vaginali di soggetti asintomatici con fattori di rischio per IST • sierologia per sifilide su soggetti ≥16 aa. da paesi a elevata endemia per HIV e/o esposti a fattori di rischio; su minori <16 aa. in presenza di fattori di rischio individuali o di altre IST • sierologia per <i>Strongyloides stercoralis</i> e <i>Schistosoma spp</i> nei migranti che abbiano vissuto o viaggiato in aree endemiche • glicemia a digiuno su migranti ≥35 aa. da paesi ad alta prevalenza di diabete e con specifici fattori di rischio
Vaccinazioni			Bambini (0-14 anni) mai vaccinati o con documentazione incerta: vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età Adulti con storia vaccinale incerta o assente: • antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse • antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella, a esclusione delle donne in gravidanza • anti-HBV a tutta la popolazione adulta sottoposta a screening e risultata negativa ai marcatori sierologici

Indicazioni sanitarie per l'accoglienza del minore migrante

Novembre 2013 - Giugno 2014

Il pediatra, *"in scienza e coscienza"*, le può utilizzare ed adattare ad ognuna delle suddette tipologie e nello specifico, in base al contesto di provenienza, alla storia personale e familiare, all'anamnesi fisiologica e patologica, al singolo bambino.

Evitare la standardizzazione nell'approccio

Favorire, il prima possibile, l'inclusione nell'ambito dei percorsi strutturati del SSN

Prima fase

Anamnesi personale e familiare

Anamnesi patologica remota e prossima

Analisi documentazione Vaccinale

Valutazione clinica generale

Esami laboratoristici /strumentali/ visite
specialistiche di primo livello



Inclusione nei
percorsi socio-sanitari
del SSN

Seconda fase

*Indagini di secondo livello: in base all'esito
dei precedenti e al quadro clinico*

Esami di laboratorio:

Esami strumentali

Visite specialistiche

Prima fase

Anamnesi personale e familiare

Paese di provenienza

abitudini alimentari

bambino vissuto in famiglia
o istituzionalizzato

residenza urbana
o extra-urbana

scolarizzazione

non accompagnato

non accompagnato
richiedente asilo

adottato

ricongiunto

Figlio di rifugiati/
richiedenti asilo

Via mare

Percorso
migratorio

Via terra

Links utili

www.travelmedicine.it

www.ministerosalute.it

www.viaggiesalute.org

www.viaggiasesicuri.mae.aci.it

www.who.int/ith

www.cdc.gov/travel

www.travelhealth.gc.ca

www.voyage.gc.ca/dest/index.asp

www.travel.state.gov

www.simetweb.eu

www.who.int/health-topics/en

www.who.int/ith

www.who.int/vaccines-documents/GlobalSummary/GlobalSummary.pdf

Prima fase

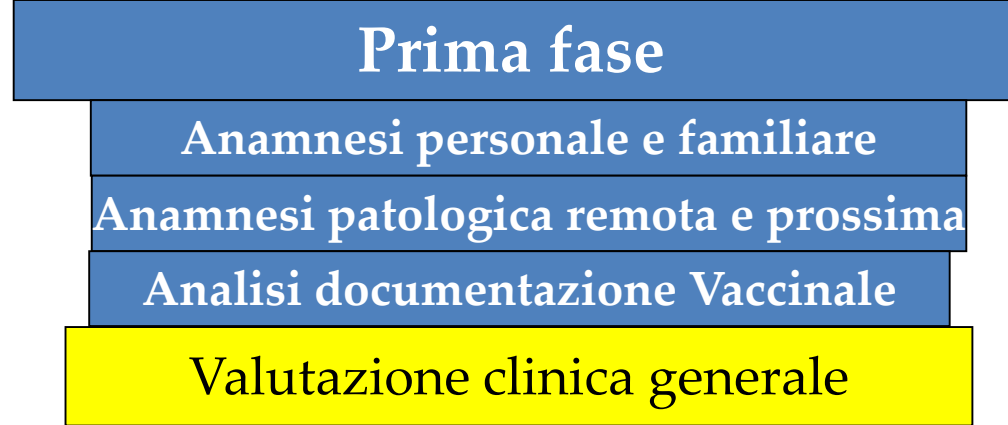
Anamnesi personale e familiare

Anamnesi patologica remota e prossima

Analisi documentazione Vaccinale

- *se il bambino non è mai stato vaccinato, andrà vaccinato seguendo il nostro vigente Cal. Naz. in rapporto all'età;*
- *se il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato, andrà seguito il nostro vigente Cal. Naz. , per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami;*
- *se la documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio, si dovranno somministrare i vaccini previsti dal nostro vigente Cal. Naz.*

Protocollo di immunoprofilassi per i bambini immigrati da 0 a 14 anni, come previsto dalla Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993 "Documenti di vaccinazione per minori immigrati" (Lettera circolare n. 12942 del 9 maggio 2014),



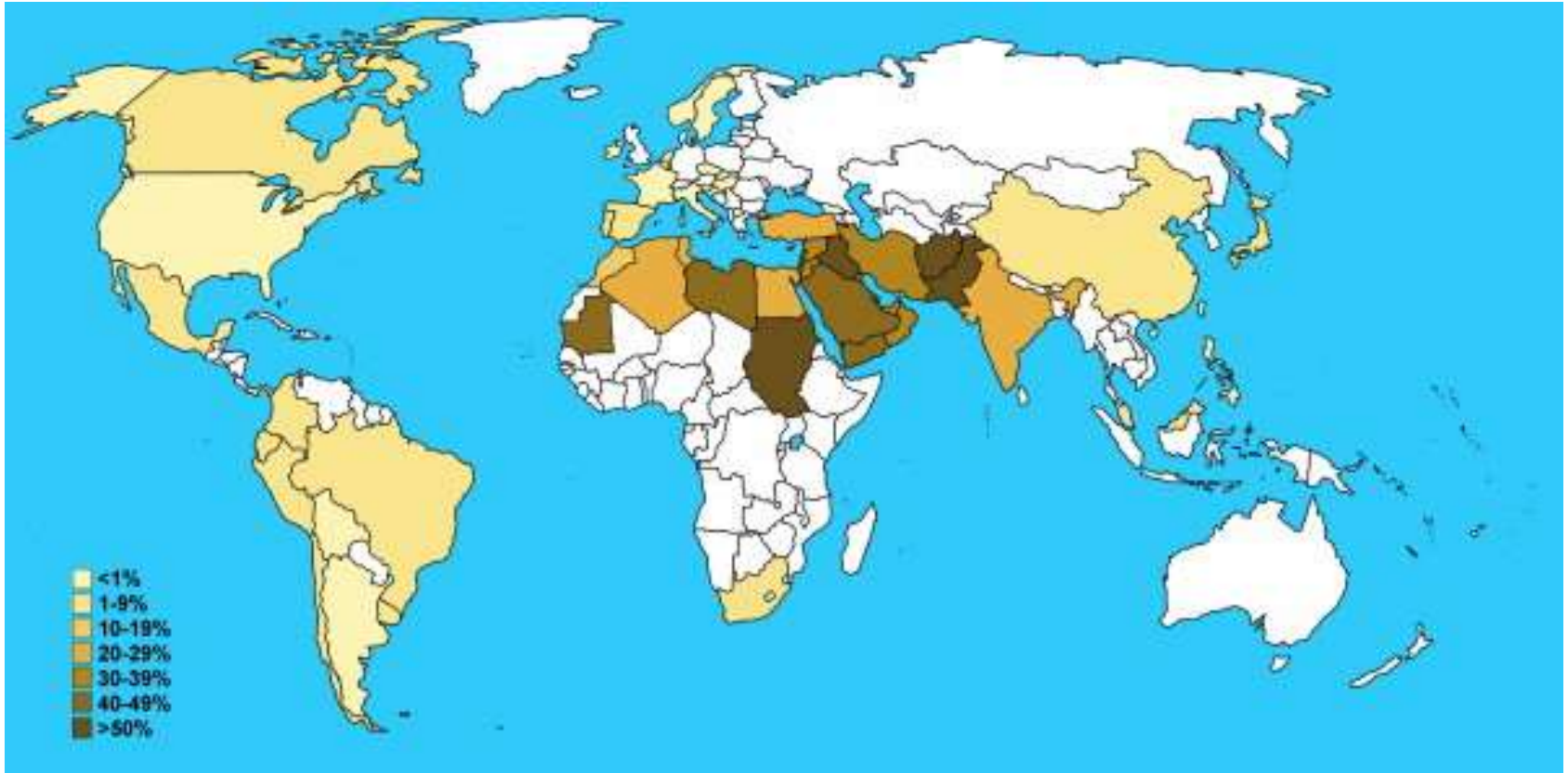
Segni vitali: *Segni di disidratazione eventuali* *altri segni e/o sintomi*

- *Crescita staturo-ponderale*: peso, altezza, circonferenza cranica (consultare sito WHO Child Growth Standards www.who.int/childgrowth/standards/en)
- *E.O. tenendo conto delle caratteristiche psicologiche, culturali e religiose del minore.*
- *Dentizione, visus, udito*
- *Dismorfismi e anomalie muscolo-scheletriche* eventuali
- *Cute e annessi*: cicatrici o lesioni da maltrattamento, ectoparassitosi
- *Genitali esterni e perineo* per eventuali mutilazioni o abusi sessuali, segni per IST
- *Esame neurologico*
- *Valutazione dello sviluppo psico-motorio, relazionale e del linguaggio* (per eventuali sintomi post-traumatici da separazione, abbandono, maltrattamento, violenza subita o assistita)

Reprod Health. 2009; 6: 17.

Consanguinity and reproductive health among Arabs

[Ghazi O Tadmouri](#),¹ [Pratibha Nair](#),^{et al.}



Schematic representation of consanguineous marriage rates worldwide (adapted from Table 1, references [82], and [139]. Only second-cousin and closer marriages are represented.



- **gli screening neonatali** che in Italia sono di legge in altri paesi non sono eseguiti (programmi di screening neonatale per ipotiroidismo in Egitto e Filippine).
- non dimenticare la clinica di quelle patologie che oggi non siamo più abituati a vedere quali **l'ipotiroidismo congenito e la fenilchetonuria**.
- TSH tra gli esami di primo livello
- ritardo dello sviluppo, convulsioni, ritardo della crescita, rash cutanei
Sospetto di fenilchetonuria >> aminoacidemia

Prima fase

Anamnesi personale e familiare

Anamnesi patologica remota e prossima

Analisi documentazione Vaccinale

Valutazione clinica generale

Esami laboratoristici di primo livello

Emocromo completo, con formula leucocitaria

- Glicemia, azotemia, creatininemia, transaminasemia, protidemia, ferritinemia
- Fosfatasi alcalina, calcemia e fosforemia
- Esame urine completo *con sedimento*
- TSH
- Sierologia per HBV (HBsAg, HBcAC, HBsAb), HCV, HIV, HAV ,
- Sierologia per Lue
- Esame parassitologico delle feci su tre campioni, in tre giorni differenti non necessariamente consecutivi
- Intradermoreazione secondo Mantoux

EMOCROMO con formula

- r11.2 – Si raccomanda di offrire l'esame emocromocitometrico completo a tutti i migranti, come parte integrante della valutazione dello stato di salute. Grado A



r9.3 – In presenza di segni e sintomi compatibili con parassitosi intestinale e/o di eosinofilia, si raccomanda di offrire l'esame coproparassitologico per rilevare l'eventuale presenza di parassiti intestinali. Grado a

r9.4 – Nei migranti, anche asintomatici, che hanno vissuto o viaggiato in aree endemiche per strongiloidosi * e schistosomiasi (si veda allegato 6), è raccomandato l'esame sierologico, nell'ambito della presa in carico sanitaria. Il riscontro di sierologia positiva per *Strongyloides stercoralis* e *Schistosoma* spp, in soggetti non trattati di recente, deve essere considerato come infezione in atto e come tale meritevole di trattamento. Grado a

INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE

r3.7 – È raccomandata l'offerta del TST o, in alternativa, del test IGRA (quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione) a tutti i soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB >100/100.000 – si veda allegato 1), ospiti presso centri di accoglienza con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi.

Grado a

r3.8 – Nei bambini di età <5 anni lo screening deve essere effettuato utilizzando il TST. Grado a

.....

.....

Prima fase

Anamnesi personale e familiare

Anamnesi patologica remota e prossima

Analisi documentazione Vaccinale

Valutazione clinica generale

Esami laboratoristici di primo livello

STOP

Se esami di primo livello nella norma

ESAMI STRUMENTALI primo livello : esclusivamente su indicazione clinica

CONSULENZE SPECIALISTICHE primo livello:

Visita Oculistica (dai 3 anni di età o prima, se presente storia di prematurità o asfissia peri-natale)

Inclusione nei percorsi
socio-sanitari del SSN

Seconda fase

Indagini di secondo livello: in base all'esito dei precedenti

ESAMI DI LABORATORIO:

Studio dell'emoglobinopatie e deficit G6PDH (su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza)

In caso di Mantoux positiva: conferma con Quantiferon Test + Rx Torace

e al quadro clinico

In caso di febbre, malessere generale con/senza sintomi gastro-intestinali: screening per malaria (considerando l'area di provenienza ed il percorso migratorio) con/senza coprocoltura

VISITE SPECIALISTICHE su indicazione clinica o laboratoristica



Ministero della Salute

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

Hanno partecipato alla sua formulazione le seguenti organizzazioni:

Alto Commissariato Nazioni Unite per i Rifugiati, Associazione Medici contro la Tortura, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL Parma, Caritas Italiana, Centro Astalli, Centro di Salute per Migranti Forzati ASL Roma 1, Conferenza Stato-Regioni con rappresentanti della Basilicata, della Campania, dell'Emilia-Romagna, del Lazio, delle Marche, della Sicilia, della Toscana e dell'Umbria, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università degli studi di Cassino e del Lazio Meridionale.

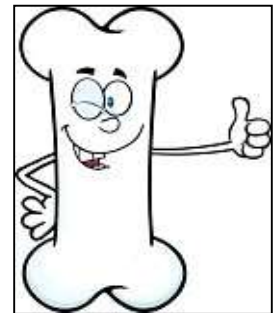
Azioni e percorsi volti alla protezione, cura e integrazione dei MSNA vittime di tratta, sfruttamento, maltrattamenti

Un fenomeno in costante ascesa. in Italia le persone inserite in programmi di protezione sono 1.125 e di questi il 7% ha meno di diciotto anni

Seconda fase

ESAMI STRUMENTALI

Per la determinazione dell'età anagrafica considerare la mancanza di evidenze scientifiche che supportano l'utilizzo della radiografia della mano e del polso, utile al riscontro dei nuclei di ossificazione. si consiglia invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per valutazione olistica multidisciplinare.





Simona La Placa
(Segretario)



Francesca Ena



Claudia Gandolfi



Gianni Alighieri



Giusyelisa Galione



Mauro Zaffaroni

Acrobati di oggi

“**T**umaranké” nella lingua bambara, parlata in Mali, definisce chi, alla ricerca di un futuro migliore, si mette in viaggio.



Minori Stranieri Non Accompagnati *FIRST AND FOREMOST ... CHILDREN!*

“superiore interesse del minore”

SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma*

Anno 158° - Numero 93



LEGGE 7 aprile 2017, n. 47.

Roma - Venerdì, 21 aprile 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati

La prima Legge in Europa per la protezione e accoglienza dei MSNA

- **divieto di respingimento alla frontiera**
- **sistema organico di raccordo tra strutture di prima e seconda accoglienza**
- **albi di tutori volontari ed elenchi di famiglie disponibili all'affido familiare**
- **determinazione e accertamento dell'età'**
- **“cartella sociale”**



CONVENZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELL' INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

New York, 20 Novembre 1989

per ogni bambino salute, scuola, uguaglianza e protezione

“CHILD”

ogni essere umano di età inferiore ai 18 anni (art.1), salvo
se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della
legislazione applicabile, **il cui interesse deve essere tenuto
in primaria considerazione in ogni circostanza**

“best interest” (art.3)

Diritto alla VITA (art.6)

**Registrazione all'anagrafe
subito dopo la nascita (art.7)**

**Diritto di ISTRUZIONE, GIOCARE,
ESSERE TUTELATI
da sfruttamento e abuso ...**

**Diritto di ESPRIMERE LA PROPRIA OPINIONE
(art.12)
e di ESSERE ASCOLTATI E INFORMATI (art. 13)**

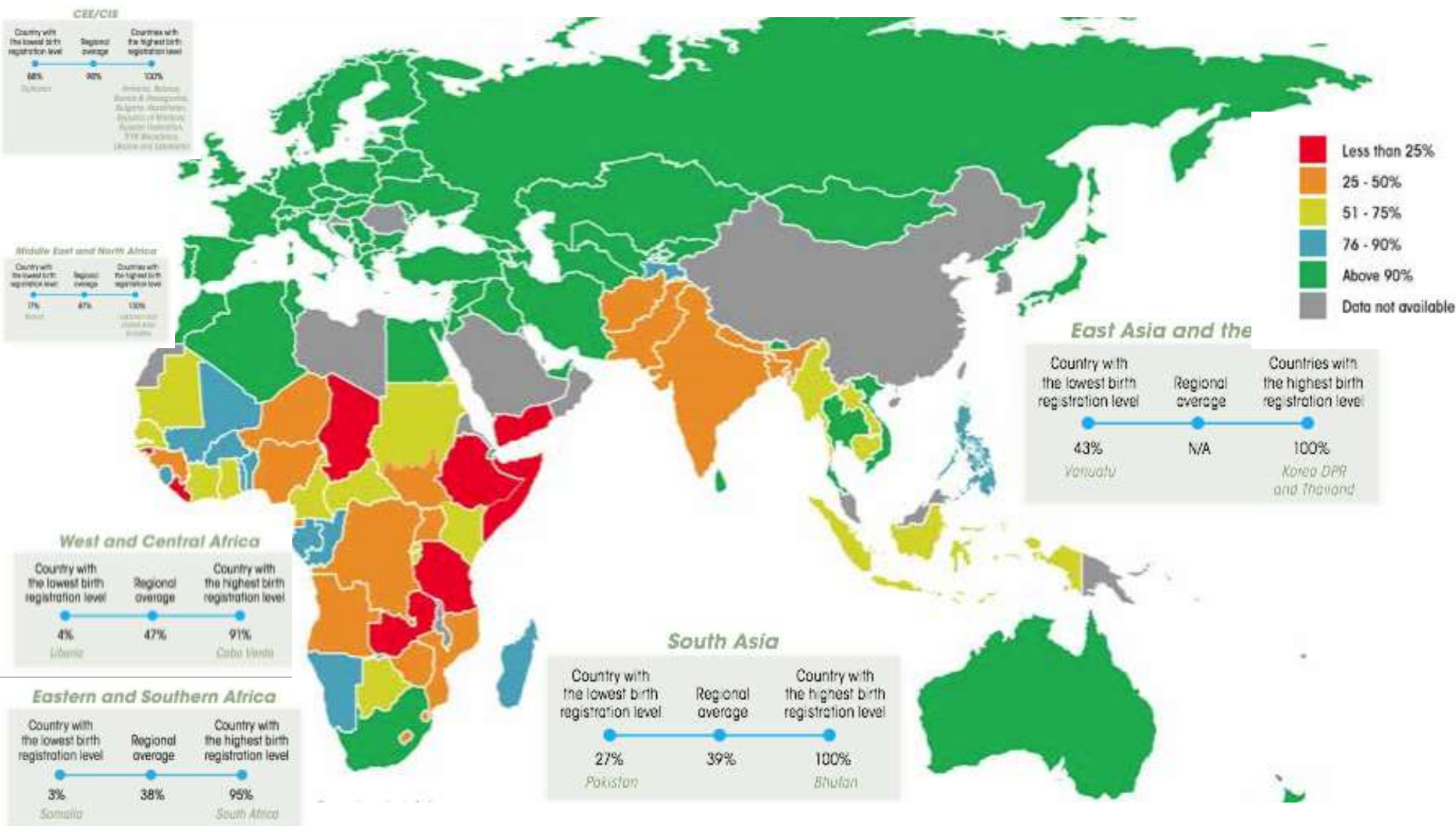
Diritto alla SALUTE e possibilità di beneficiare del SERVIZIO SANITARIO (art.24)



The lowest birth registration levels are found in sub-Saharan Africa

Percentage of children under age five whose births are registered, by country

Dalla Somalia al Congo, la mappa dei neonati invisibili





Legge 47/2017 - Articolo 5

Art. 5.

Identificazione dei minori stranieri non accompagnati

1. Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, è inserito il seguente:

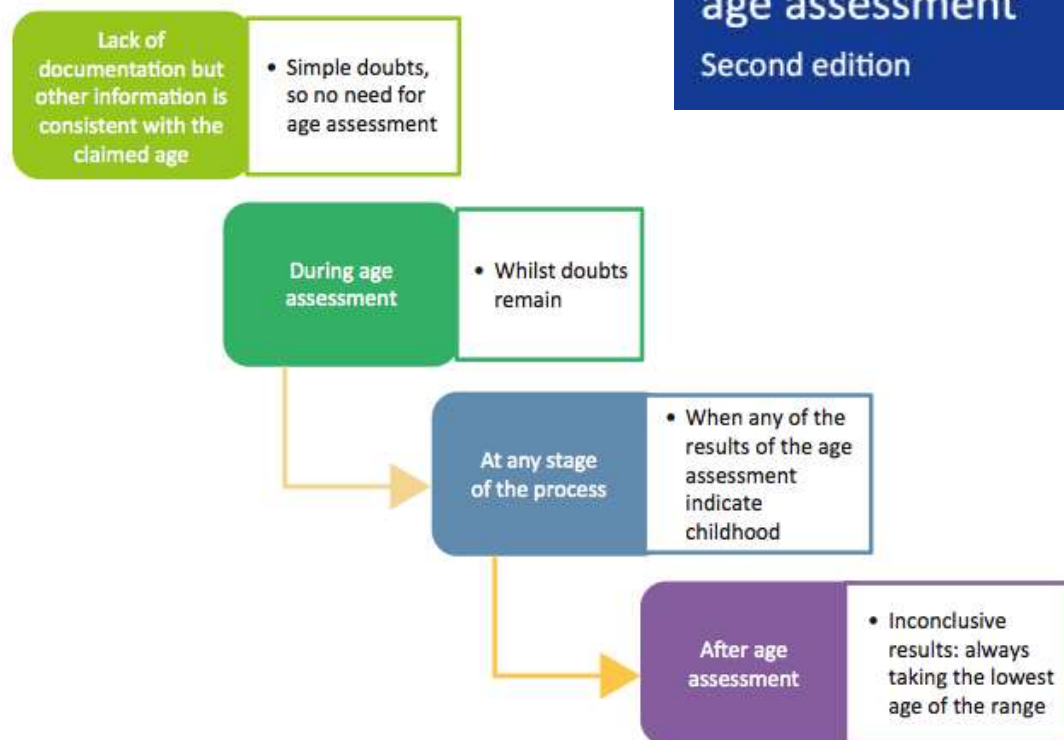
«Art. 19-bis (*Identificazione dei minori stranieri non accompagnati*). — 1. Nel momento in cui il minore straniero non accompagnato è entrato in contatto o è stato segnalato alle autorità di polizia, ai servizi sociali o ad altri rappresentanti dell'ente locale o all'autorità giudiziaria, il personale qualificato della struttura di prima accoglienza svolge, sotto la direzione dei servizi dell'ente locale competente e coadiuvato, ove possibile, da organizzazioni, enti o associazioni con comprovata e specifica esperienza nella tutela dei minori, un colloquio con il minore, volto ad approfondire la sua storia personale e familiare e a far emergere ogni altro elemento utile alla sua protezione, secondo la procedura stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Al colloquio è garantita la presenza di un mediatore culturale.

2. Nei casi di dubbi fondati relativi all'età dichiarata dal minore si applicano le disposizioni dei commi 3 e seguenti. In ogni caso, nelle more dell'esito delle procedure di identificazione, l'accoglienza del minore è garantita dalle apposite strutture di prima accoglienza per minori previste dalla legge; si applicano, ove ne ricorrano i presupposti, le disposizioni dell'articolo 4 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24.



EASO Practical Guide on age assessment Second edition

Beneficio del dubbio





Legge 47/2017 - Articolo 5

Art. 5.

Identificazione dei minori stranieri non accompagnati

1. Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, è inserito il seguente:

3. L'identità di un minore straniero non accompagnato è accertata dalle autorità di pubblica sicurezza, coadiuvate da mediatori culturali, alla presenza del tutore o del tutore provvisorio se già nominato, solo dopo che è stata garantita allo stesso minore un'immediata assistenza umanitaria. Qualora sussista un dubbio circa l'età dichiarata, questa è accertata in via principale attraverso un documento anagrafico, anche avvalendosi della collaborazione delle autorità diplomatico-consolari. L'intervento della rappresentanza diplomatico-consolare non deve essere richiesto nei casi in cui il presunto minore abbia espresso la volontà di chiedere protezione internazionale ovvero quando una possibile esigenza di protezione internazionale emerga a seguito del colloquio previsto dal comma 1. Tale inter-

Form B.2

Caution: Any person who (1) Falsifies any particulars on this certificate or (2) uses a false certificate as true knowing it to be false is liable to prosecution.

ORIGINAL

FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
NATIONAL POPULATION COMMISSION

Certificate of Birth A14_ 565570

Issued under the Births and Deaths Etc. (Compulsory Registration) Decree No. 69 of 19

Registration Centre DLOGBO-H-GR

Town/Village DLOGBO

L.G.A. IKPODA-OKHA

State EDO

Volume 11 Year 12 Entry No. 2956

This is to certify that the birth, details of which are recorded herein has been registered

31 12 12 at this Registration Centre DLOGBO-H

Day Month Year

1. Full Name: EHIAGWINA MATTHEW

(Surname first) (In block letters)

2. Sex: MALE 3. Date of Birth: 19 01

Day Month

4. Place of Birth: BENIN CITY Town/Village I

Full Name of Father: EHIAGWINA JUDE

(Surname first) (In block letters)

Full Name of Mother: TONY

(Surname first) (In block letters)

Place of Issue: BENIN CITY

Date: 31-12-12

NATIONAL POPULATION COMMISSION

NATIONAL REGISTRATION PROGRAMME

No. N7 1032015

BIRTH IN THE GAMBIA IN THE YEAR 2012

No.	When Born	Place of Birth	Name (if any)	Sex	Name and Surname of Father	Name and Surname of Mother	Occupation, Rank or Profession of Father	Signature, Description and Residence of Informant	When Registered	Signature of Registrar
1	<u>31-12-12</u>	<u>Gambia</u>	<u>Matthew</u>	<u>M</u>	<u>Ehiagwina</u>	<u>Sira</u>	<u>Chief</u>	<u>Chief</u>	<u>17-12-12</u>	<u>Register</u>

I hereby certify that the above is true of the Registrar in The Gambia. Serie Kunda

Annual Extended No. 17 Day of January 2013



Legge 47/2017 - Articolo 5

Garanzie procedurali

- in presenza del **mediatore culturale**, affinché il presunto minore sia sempre correttamente informato, acconsenta agli accertamenti socio-sanitari ma soprattutto sia ascoltato, in quanto titolare, soggetto piuttosto che oggetto di diritti;
- svolgere gli accertamenti socio-sanitari ai fini di una **valutazione globale multidisciplinare**:
 - in un **ambiente idoneo** nel rispetto dell'età presunta, del sesso, della cultura e religione
 - ricorrendo a **professionisti adeguatamente formati**, con esperienza in materia di accertamento dell'età e familiarità con il background socio-culturale dei minori sottoposti ad accertamento, per massimizzare l'attendibilità dei risultati e minimizzare i rischi di traumi;
 - garantendo sempre e comunque l'**integrità fisica e psichica** della persona.
- Il risultato dell'accertamento socio-sanitario è comunicato allo straniero, in modo congruente con la sua età, con la sua maturità e con il suo livello di alfabetizzazione, in una lingua che possa comprendere, all'esercente la responsabilità genitoriale e all'autorità giudiziaria che ha disposto l'accertamento. Nella relazione finale deve essere sempre indicato il margine di errore.
- Qualora, anche dopo l'accertamento socio-sanitario, permangano dubbi sulla minore età, questa si presume ad ogni effetto di legge (*favor minoris*).



Legge 47/2017 - Articolo 5

Fondato dubbio ed *extrema ratio*

– Èquipe socio-sanitaria

- **Valutazione multidisciplinare**

- Colloquio “sociale”

 - Raccolta e analisi di documenti identificativi

- Valutazione medico-auxologica

- Valutazione del livello di maturità psico-sociale, cognitiva o comportamentale

→ STIMA età cronologica (mai certa!!!)

→ è soggetta ad un **margin di errore (± 2 anni) < variabilità biologica**

L'accertamento dell'età dei minori (stranieri) non accompagnati

CRITICITA'

- Metodologia attuata incentrata sull'aspetto medico-radiologico
- Variabilità e difformità presenti nei vari territori regionali
- Scarsa conoscenza da parte degli attori coinvolti a vario titolo nell'intero percorso di identificazione del presunto minore non accompagnato

**Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento
dell'età dei minori non accompagnati da parte di una
equipe multidisciplinare multispecialistica**

(pediatra-endocrinologo, mediatore culturale, assistente sociale, NPI/psicologo)

31 Ottobre 2014

- Ministero della Salute, dell'Interno, del Lavoro e Politiche Sociali, della Giustizia
- Esperti e stakeholders (SIMM, INMP, GLNBI/SIP, FIMP, UNHCR, StC)

Il Tavolo interregionale "IMMIGRATI E SERVIZI SANITARI"

Una Rete Istituzionale nella rete per la salute degli immigrati

Il Tavolo interregionale “IMMIGRATI E SERVIZI SANITARI”

Una Rete Istituzionale nella rete per la salute degli immigrati

- Ministero della Salute, dell’Interno, del Lavoro e Politiche Sociali, della Giustizia
- Esperti e stakeholders (SIMM, INMP, GLNBM/SIP, FIMP, UNHCR, StC)

*Con parere positivo da parte dell’Autorità nazionale Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza
e del Consiglio Superiore di Sanità*



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
16/30/CR09/C7-C15

PROTOCOLLO

**PER L’IDENTIFICAZIONE E PER L’ACCERTAMENTO
OLISTICO MULTIDISCIPLINARE DELL’ETÀ DEI MINORI NON
ACCOMPAGNATI**

Marzo 2016

Stato dell'arte Determinazione dell'età MSNA



Regione/ Provincia	Atto deliberativo prima della L. 47/2017 (Regionale/ Aziendale)	Atto deliberativo successivo alla L. 47/2017 (Regionale/ Aziendale)	Équipe multidisciplinare					Figure professionali aggiuntive	Accertamenti radiologici	Strumenti di monitoraggio e valutazione
			Completa	Assistente Sociale	PSI/NPI	Medico Pediatria/ Auxologo	Mediatore culturale			
Marche	Febbraio 2017 (Protocollo Regionale)		+	Case manager					Extrema ratio	Si (questionario)
Campania	Novembre 2013 (Protocollo Aziendale - Napoli)		+							No Assoluta discrezionalità da parte degli operatori coinvolti
		Marzo 2018 (Protocollo Aziendale - Salerno)	+	Colloquio sociale dopo Rx					Rx polso-mano sn → OPT-Rx/ TC clavicola	No
Piemonte 3 percorsi: MSNA, MSNA vittime di tratta, MSNA nel percorso penale		Marzo 2018 (Protocollo Tecnico Regionale)		Colloquio sociale dopo Rx				Medico legale (case manager)	Rx polso-mano sn (Greulich-Pyle) → OPT-Rx/ TC clavicola	No
Lombardia		Cremona gennaio 2018		-	+	+		Medico odontoiatra + Medico legale (case manager)	Rx polso-mano sn → OPT (2-3° molare) → valutazione indice di maturazione degli apici	No
		Milano novembre 2017		Opzionale		Opzionale	Opzionale	Medico legale (case manager, in alternativa medico pediatra o auxologo)	Rx polso-mano sn → OPT-Rx/ TC clavicola	No Protocollo valido fino a dicembre 2018
Puglia		Foggia giugno 2017		-	+	+	-	Medico esperto in Medicina delle Migrazioni		No
		Bari giugno 2017	+		Case manager				Extrema ratio	No
Calabria		2017 (Protocollo Aziendale - Catanzaro)	+						Extrema ratio	No
		2017 (Protocollo Aziendale - Cosenza)								No Nomina estemporanea Commissione valutatrice
		2017 (Protocollo Aziendale - Crotone)	+					Medico legale (case manager)		No
Sardegna		Giugno 2017	+	Fase 1 Step 2	Fase 2 Step 5	Fase 1 Step 3	+	Medico esperto in Medicina delle Migrazioni (case manager)	Extrema ratio	No Dopo la fase 1 (Step 1-2-3) prima valutazione collegiale solo se necessario Fase 2 (Step 5)
Sicilia	Febbraio 2017 (Protocollo Aziendale - Agrigento)				+	+	+			
		Luglio 2017 (Piano di Contingenza Regionale) Palermo e Trapani		+	+	+	+		Extrema ratio	Si (UNHCR - Save the Children - OIM)
Hotspot Lampedusa - Trapani Milano		Aprile 2016 - febbraio 2017	+	-	+	+	+		Extrema ratio	ND Approccio Hotspot

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 31 del 28 luglio 2017 (n. 26)



REPUBBLICA ITALIANA
Anno XLV - Numero 31
GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

Modalità operative per il coordinamento
degli aspetti di salute pubblica in Sicilia.

2017



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo

Dipartimento Materno Infantile



Medici Pediatri/ Neuropsichiatri Infantili



International Organization for Migration (IOM)
Organisation internationale pour les migrations (OIM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



Save the Children
Italia ONLUS

Mediatori culturali



Comune di Palermo
Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza



Psicologi



Formazione





www.glnbm.org

1) Profilo socio demografico

Sesso F ☐ M ☐ Età (quella dichiarata, senza altre domande) _____

Stato civile celibe/nubile ☐ coniugato ☐ altro _____

Figli sì ☐ no ☐ Paese di Provenienza _____

Etnia _____ Religione _____

Vita nel proprio paese e famiglia di origine:

Nel suo paese viveva in città ☐ in campagna ☐

da solo ☐ in famiglia ☐ con parenti ☐ _____

Padre vivente sì ☐ no ☐ Madre vivente sì ☐ no ☐

Fratelli n. _____ viventi _____ Sorelle n. _____ viventi _____

Istruzione: numero anni di scuola _____

Titolo di studio (licenza elementare, media, diploma, nessuno) _____

Ulivello di conoscenza della lingua italiana: insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐

Conoscenza di altre lingue (se sì quali) _____

Occupazione nel paese di provenienza

scuola ☐ lavoro ☐ Eventuale tipo di lavoro _____ nessuna occupazione ☐

Attuale abitazione

Comunità ☐ Centro di Accoglienza ☐ Altro _____

Conosce qualcuno tra coloro che vivono con lui/lei? Ha amici?

sì ☐ no ☐ nessuna ☐ Eventuale tipo di rapporto _____

3) Profilo di salute

4) Profilo giuridico

Documenti sì ☐ no ☐ Permesso di soggiorno sì ☐ no ☐

Richiedente asilo sì ☐ no ☐

Iscrizione al SSN sì ☐ no ☐

Codice di esenzione sì ☐ no ☐

2) Profilo migratorio

Perché ha deciso di lasciare il suo paese

guerra ☐ persecuzione ☐ instabilità socio-politica ☐ povertà generalizzata ☐

cause ambientali ☐ problemi intrafamiliari ☐

opportunità nei paesi d'immigrazione: lavoro ☐ studio ☐ formazione professionale ☐

partenza pregressa di parenti e/o amici ☐ altro _____

Quando ha lasciato il suo paese _____

Quali paesi ha attraversato _____

Quando è arrivato in Italia _____

Come è arrivato in Italia? via mare ☐ via terra ☐

In caso di arrivo via mare è transitato per la Libia? sì ☐ no ☐

Se sì quanto tempo è rimasto in Libia prima di partire? _____

Con chi ha viaggiato? parenti ☐ amici ☐ conoscenti ☐ solo ☐

Ha pagato dei soldi prima e/o durante il viaggio? sì ☐ no ☐

Durante il viaggio è stato costretto a fare qualcosa che non voleva? sì ☐ no ☐

Se sì, cosa è stato costretto a fare (abusi, violenze, altro) _____
(Risposta facoltativa)



5) Situazione relazionale in Italia, progetti per il futuro

Ha parenti in Italia? sì ☐ no ☐ se sì, grado di parentela _____

Ha amici in Italia? sì ☐ no ☐

Cosa vorrebbe fare in futuro?

emigrare in un altro paese ☐ rimanere in Italia ☐ ritornare nel proprio paese ☐

Per fare cosa?

studiare ☐ lavorare ☐ altro _____



INDAGINE CONOSCITIVA MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

www.glnbm.org

INDAGINE MEDICO-AUXOLOGICA

Esame fisico

Altezza cm _____ (_____ "perc. WHO; _____ "p. _____)

Peso kg _____ (_____ "p.)

BMI _____ (_____ "p.)

Circ. Cranica cm _____ (_____ "p.)

Altri eventuali parametri auxometrici _____

Età staturale cm _____ su grafici WHO Grafici Tanner o Grafici nazionali

Aspetto generale (descrizione)

Prepubere ☐ Pubere ☐

STADI PUBERALI NEL MASCHIO



STADIO 2
(9.5-13.7anni)

G2. Aum dimensioni scroto e testicoli
Iniziale pigmentazione scroto
P2. Iniziale peluria chiara



STADIO 3
(10.7-15anni)

G3. Aum pene, specie in lunghezza
Ulteriore aum testicoli+scroto
P3. Peli scuri, sparsi, arricciati



STADIO 4
(12-16anni)

G4. Aum spessore pene, svil glande
Ulteriore aum testicoli+scroto
P4. Peli adulti, su superficie ridotta



STADIO 5
(12.6-17anni)

G5. Genitali di forma e dimensioni
adulte
P5. Peli adulti per qualità e quantità



VALUTAZIONE DELLO SVILUPPO PUBERALE

MAMMELLE

B 1

Età
prepuberale

B 2

Età 11.15
(8.95-13.25)

B 3

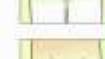
Età 12.15
(9.97-14.33)

B 4

Età 13.1
(10.81-15.31)

B 5

Età 15.33
(11.85-18.81)



PELI PUBICHE

P 1

Età
prepuberale

P 2

Età 11.69
(9.277-14.11)

P 3

Età 12.36
(10.16-14.56)

P 4

Età 12.95
(10.83-15.07)

P 5

Età 14.41
(12.17-16.65)

Marshall WA and Tanner JM, Arch Dis Child 1945, 44:291-303

Parere conclusivo del pediatra-auxologo:

1) i dati raccolti e i dati obiettivi depongono per una minore età in particolare si attribuiscono circa _____ + _____ anni

i dati obiettivi e raccolti sono incerti e nel dubbio si conclude per una minore età di _____ + _____ anni

E' molto improbabile che il/la ragazzo/a abbia una minore età, in particolare si attribuiscono rca _____ + _____ anni.

lotivi per giungere a tale parere _____

STADI PUBERALI

Pelo pubico _____ (P 1-5) Seno (S 1-5) _____ Pelo ascellare _____ (Ax - +)

Aspetto genitali _____ (G 1-5)

Testicolo destro: in sede o mobile o non palpabile o volume ml _____

Testicolo sinistro: in sede o mobile o non palpabile o volume ml _____

Peluria corporea (maschio/femmina) _____

Precedenti gravidanze e/o aborti sì ☐ no ☐

EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

Età ossea _____ TW 2 ☐ TW3 ☐ G&P ☐

Ecografia pelvica vol. Ovarico dx _____ sin. _____

da prepubere o pubere commento _____

Altri commenti _____

Altri eventuali esami

Eventuali note o dichiarazioni dell'esaminando

PROTOCOLLO

PER L'IDENTIFICAZIONE E PER L'ACCERTAMENTO OLISTICO MULTIDISCIPLINARE DELL'ETÀ DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI

2018-2019 → Conferenza Permanente per i Rapporti tra Stato-Regioni-PPAA

Schema di Accordo sul **“Protocollo Multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MNA”**

- Ministero della Salute
 - INMP

 - Passaggi di carattere sequenziale e incrementale (flow chart)
 - Colloquio sociale
 - Visita Neuropsichiatrica infantile/Psicologica
 - Visita pediatrica auxologica
 - Eventuali accertamenti diagnostici di ausilio
(*extrema ratio*)

 - Tempistica: entro 3 gg l'avvio della procedure
entro 20 gg
- Modifiche richieste:

 - Ordine nella sequenza
 - Figure professionali (medico-legale)
 - Appropriatezza della procedura
 - Sviluppo puberale
 - Visita NPI ← → PSI
 - Costi

All'attenzione del Garante Nazionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Regioni e PPAA
(Lombardia-Emilia Romagna-Veneto-Marche)

Selecting a method

Selection of **least invasive** and **more accurate method/s** depending on the **specific circumstances and needs** of the applicant.

BIA recommendations are taken into consideration.

EASO Practical Guide on age assessment Second edition

Gradual implementation of the methods in the process

Non-medical methods

- Further assessment of evidence.
- Age assessment interview.
- Psychological assessment.



Medical method — radiation free

- Dental observation.
- MRI
- Physical developments.



Medical Method - Radiation (as low as reasonably achievable):

- Carpal Z-Ray.
- Collar bone X-Ray.
- Dental X-Ray.

- Benefit of the doubt applies.
- Best interests of the child is implemented.
- Immediate appointment of the guardian/representative.
- Information provision in simple terms to the applicant and the guardian/representative and clarification of questions.
- The views of the child are heard.
- Qualified and experienced professionals.

ADVOCACY

Alla cortese attenzione della Dott.ssa Roberta Chersevani Presidente FNOMCeO

5 luglio 2017

Oggetto: Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)

- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con Legge 176/1991
- Legge 7 Aprile 2017, n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati".
- Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati. Conferenza delle regioni e delle province autonome 16/30/CR09/C7-C15. 3 Marzo 2016.
- DPCM 234/2016. Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n.24. (16G00248).



Alla cortese attenzione della Dott.ssa Roberta Chersevani
Presidente FNOMCeO

Oggetto: Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)

Conferenza delle Regioni, 16/30/CR09/C7-C15.

regli ultimi anni i flussi migratori nel nostro Paese, caratterizzati dalla presenza sempre più rilevante di minori, in particolare non accompagnati, ha richiesto un particolare impegno dei medici italiani al fine di garantire la tutela del diritto alla salute delle persone straniere presenti in Italia, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione.

Alla luce delle premesse sopra riportate e nel rispetto, sottoposto all'attenzione Sua e dell'Organismo da Lei rappresentato, questo organo:

1. MSNA, nell'ambito dell'attuale popolazione minorile presente in Italia, presenta peculiarità e vulnerabilità che richiedono una gestione mirata, equa e inclusiva. Di fatto la complessità della loro condizione è determinata dal loro status, che implica il confronto e spesso la sottoposizione di competenze giudiziarie multiple e loro essere minori, magari, questo è accaduto solo in via teorica, secondo l'intervento coordinato di molteplici attori non solo in tempo presente ma anche nel futuro, con la loro vita che passa attraverso il processo di identificazione.

Nel contesto della normativa italiana vigente, che nulla di nuovo presenta a qualunque titolo nel nostro paese, la legge n°47/2017 delinea un suo corso e organizza il sistema di protezione e accoglienza per i MSNA, coinvolgendo, per certi aspetti, più soggetti rispetto a quanto già previsto dagli Organismi internazionali. Nonostante ciò, ai medici applicativi sono state imposte alcune responsabilità in cui, al maggior rilievo, la corretta identificazione della minore età, che costituisce un presupposto essenziale per l'attuazione delle misure di tutela previste per i MSNA, "nel rispetto dei principi del diritto".

Come Lei ben sa, se esposta in modo appropriato, tale procedura può rappresentare per questi ragazzi un elemento di accoglienza, rispondendo a condizioni di sicurezza fisica e psichica e di abbandono dei percorsi di smarrimento, con diritto reale di residenza, riconoscimento e tutela sociale. In alcuni casi già verificati, possono inoltre essere richiesti in via CIE o come di identificazione ed Espulsione e successivamente espulsi.

Il Protocollo della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome prevede dal Marzo 2016, in linea con l'impulso legislativo, sia scientifico che giurisprudenziale disponibile nell'argomento, definire che la determinazione dell'età di appartenenza italiana debba:

- essere disposta solo quando ci sia fondato dubbio: in questi casi, dopo l'esecuzione delle altre procedure previste di identificazione;
- essere affidata a esperti del settore (pediatra, antropologo, infatigabile, neurologo, radiologo, assistente sociale) con un approccio olistico multidisciplinare nell'analisi del quale il ruolo delle indagini diagnostiche, in particolare radiologiche, rappresenta l'aspetto cardine. In questi casi, il minore, sottoposto a queste procedure di verifica, dovrebbe non solo essere oggetto del processo che gli viene proposto, ma anche essere fornito di supporto e di consulenza, nella speranza che, il dubbio:

1. La legge n°47/2017, in materia "Tutela dei minori" al fine di assicurare, mediante l'attuazione del capitolo "Tutela dei minori", l'adozione di una normativa di riferimento di parte degli operatori sanitari che operano nel settore del ricovero, tutela i loro diritti e li sottopone a tutela, a parte di cui, in materia di tutela, si è già verificato l'abuso del ricorso a misure restrittive e di espulsione, ma, nel corso del tempo, con la legge n°47/2017, al D.Lgs. n. 28/2016.

2. Il ricorso alla determinazione olistica e al ricorso di parte alla tutela dei minori di cui non sono compresi anche per il presente ricorso e la sua famiglia, o comunque in parte di persone già presenti in Italia, ecc.





Riteniamo quindi che:

- eventuali **esami strumentali** debbano essere richiesti, ove persiste un **fondato dubbio** e sempre come ***extrema ratio***, solo dal team che esegue la **valutazione olistica multidisciplinare e non direttamente dalle autorità giudiziarie e/o di polizia**. Queste potranno richiedere al team la determinazione dell'età ma non direttamente la/le metodiche da utilizzare, in quanto non di loro competenza;
- il referto relativo alla valutazione della presunta età di un soggetto da parte del team di esperti, deve sempre riportare il **marginе di errore** ($\pm$ x anni); se il range indicato dovesse ricadere, anche solo in parte, sotto ai 18 anni dovrebbe essere dato il beneficio del dubbio, riconoscendo di conseguenza il soggetto come minore.

Codice Deontologia Medica

art. 13, "La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico."

COMUNICATO STAMPA: IL DECRETO IMMIGRAZIONE E LE IMPLICAZIONI PER LA SALUTE

Lettera delle organizzazioni medico-umanitarie al Parlamento:

“Correggere decreto per garantire il diritto alla salute”

www.simmweb.it



- Abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari → casi speciali
- Riforma del sistema di accoglienza SPRAR → ai titolari di protezione internazionale e MSNA
- Allungamento dei tempi di trattenimento negli hotspot e nei CPR (ex CIE)
- La mancata iscrizione all'anagrafe dei residenti
- Il divieto di ingresso in alcune aree della città' (il cosiddetto Daspo urbano)

“La tutela della salute si realizza attraverso un pieno accesso ai servizi sanitari, ma anche attraverso la tutela di condizioni sociali come casa, reddito, istruzione, ambiente di vita e di lavoro, che determinano la salute fisica e mentale delle persone. Tanto più quando si tratta di persone sopravvissute a traumi estremi e abusi gravissimi nel Paese di origine e lungo la rotta migratoria. Il decreto mina seriamente tutto questo”

La lettera è stata sottoscritta da Centro Astalli, Emergency, INTERSOS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere e inviata ai Presidenti dei Gruppi Parlamentari di Camera dei Deputati e Senato della Repubblica e per conoscenza ai Presidenti di Camera dei Deputati e Senato e ai Ministri dell'Interno e della Salute.

Alla cortese attenzione della Ministra della Salute

Roma, 10 maggio 2019

On. le Dott.ssa Giulia Grillo

...

Oggetto: Segnalazione criticità applicazione L. 132/2018 su possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva

Per la Società Italiana di
Medicina delle Migrazioni
(SIMM)

Per la Società Italiana di
Malattie Infettive e
Tropicali (SIMIT)

Per la Società Italiana di
Malattie Tropicali e Salute
Globale (SIMET)

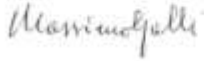
Per la Società Italiana di
Psicologia della Salute
(SIPSA)

Il Presidente
Prof. Maurizio Marceca

Il Presidente
Prof. Massimo Galli

Il Presidente
Prof. Alessandro
Bartoloni

Il Presidente
Prof. Fabio Lucidi



Per la Associazione Italiana
di Psicologia (AIP)

Per la Società Italiana di
Psicologia di Comunità

Per la Società Italiana di Igiene Medicina
Preventiva e Sanità Pubblica (Sipd)

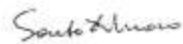
Per la Società Italiana di Psichiatria

Il Presidente
Prof. Santo Di Nuovo

La Presidente
Prof.ssa Elena Marta

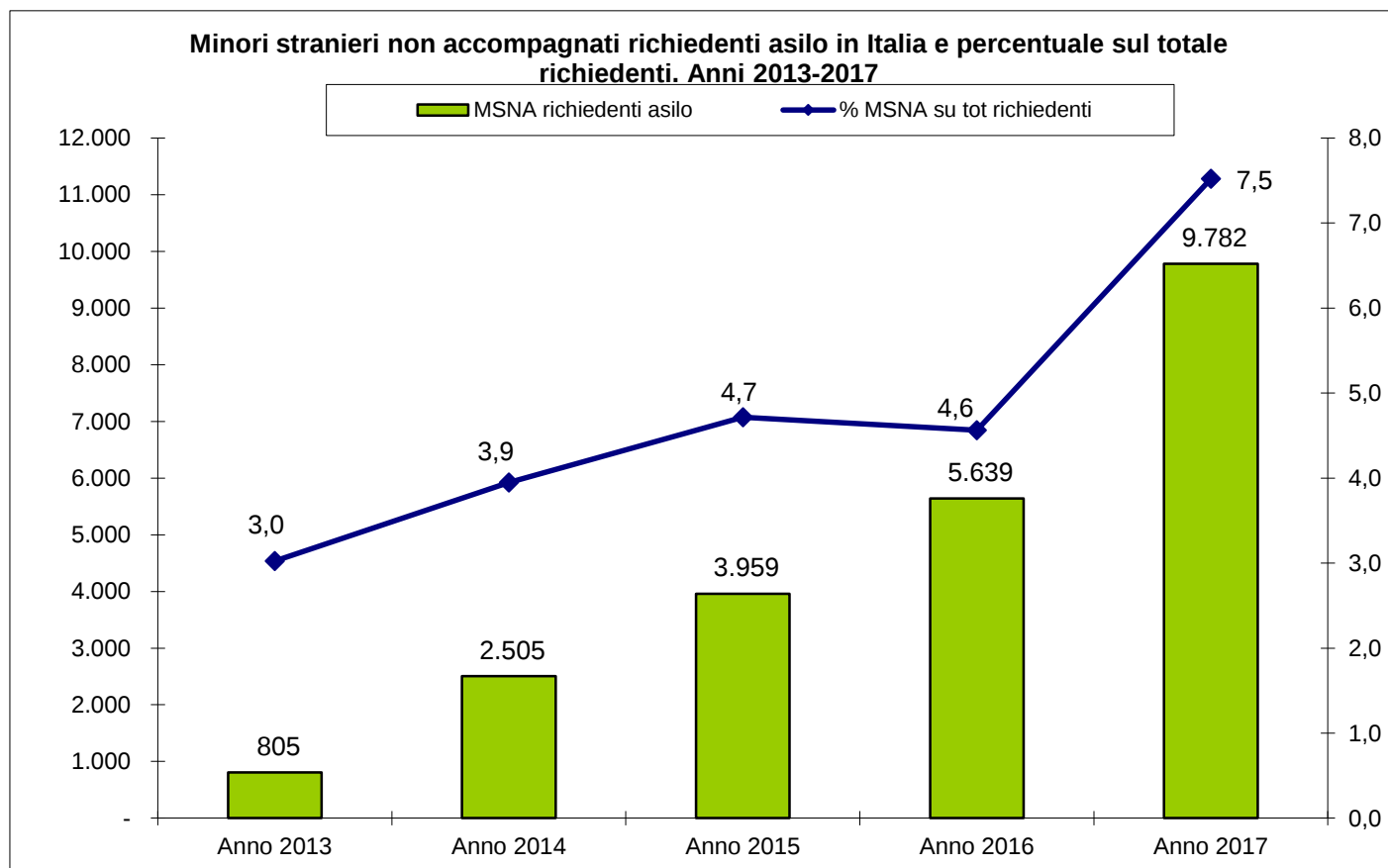
Il Presidente
Prof. Italo Francesco Angelillo

Il Presidente
Prof. Alberto Villani



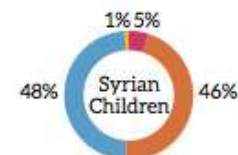
L'esclusione dal Sistema SPRAR, l'abolizione del permesso di soggiorno riservato ai titolari di protezione internazionale contribuisce a far diminuire il numero di soggetti con piena titolarità di protezione sanitaria aumentando il numero di persone non avviate (lavoro, scuola, salute) in un clima di paura e incertezza, in un contesto di irregolarità e di condizioni di irregolarità e al di fuori del sistema di accoglienza, infatti vengono meno tutte quelle risorse che mettono un genitore nelle condizioni di provvedere alla tutela e promozione della salute propria e dei propri figli (health literacy).

MSNA RICHIEDENTI ASILO

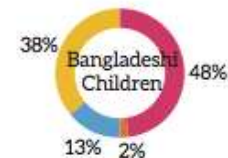
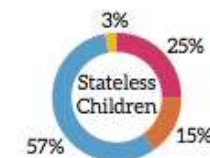
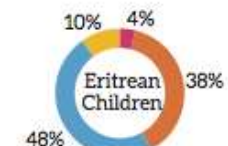
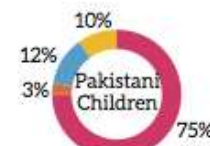
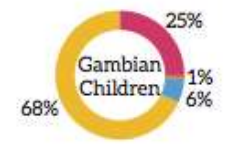
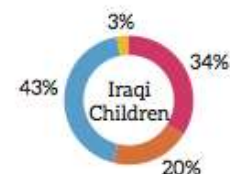
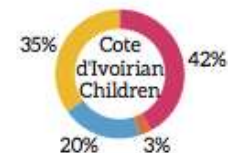
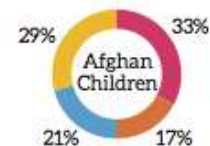
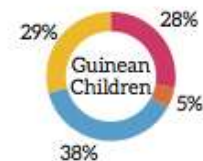


Fonte: Elaborazioni ISMU su dati Ministero dell'Interno, Commissione Nazionale per il Diritto di Asilo

in Greece



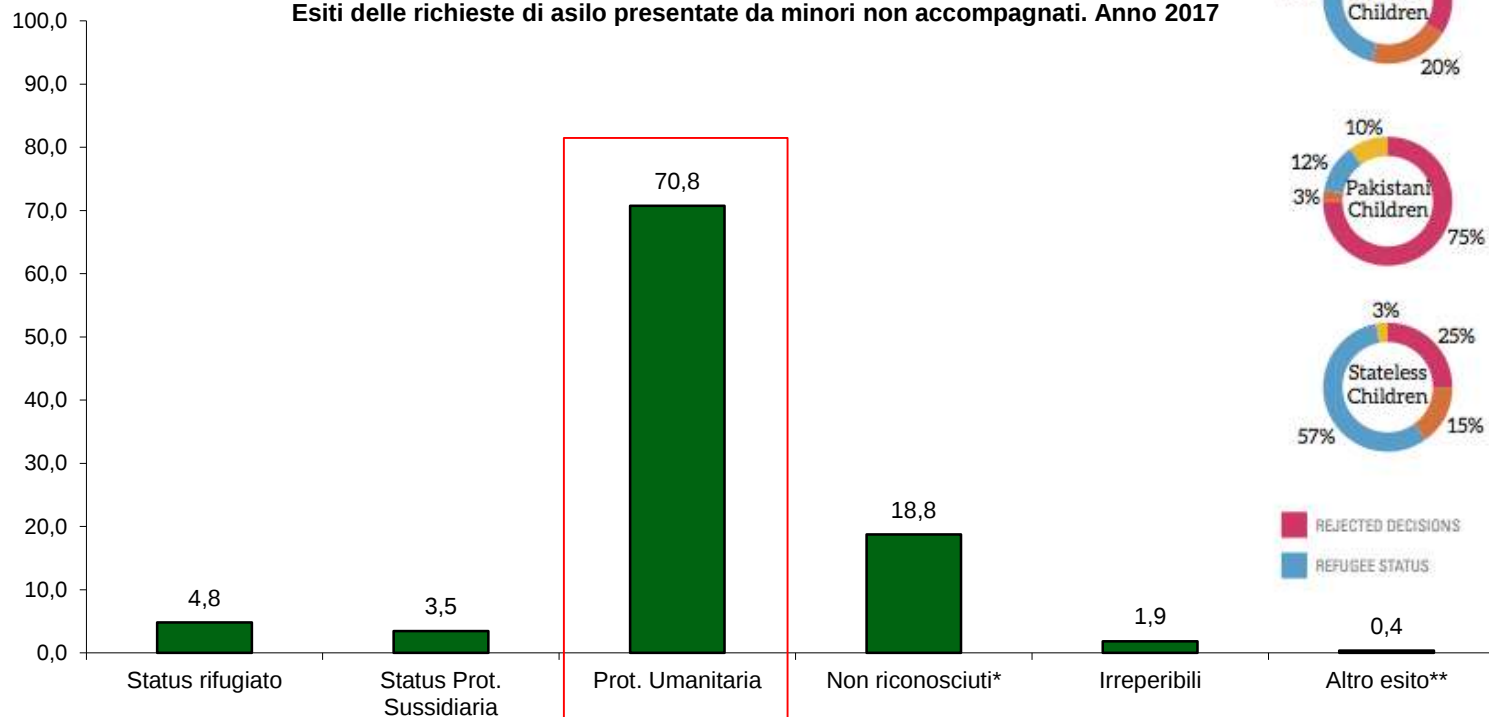
in Italy



REJECTED DECISIONS
REFUGEE STATUS

SUBSIDIARY PROTECTION
HUMANITARIAN STATUS

Esiti delle richieste di asilo presentate da minori non accompagnati. Anno 2017



Circoncisione Rituale Maschile

- Tradizione araba anteriore a Maometto
- Tradizione ad imitazione del Profeta
- Khitan= Khatana significa genero
- Il rito ha tempi differenti secondo i diversi paesi



dalla Stampa ...

Torino: circoncisione fatale, il
saldatore che eseguì l'intervento
patteggia cinque anni

Roma, 2016
**circoncisione in
casa: muore
bambino di due
anni, il gemello
grave in ospedale**



ITALIA | MERCOLEDÌ 3 APRILE 2019

2018

A Genova un neonato di un mese e mezzo è morto in seguito a
una circoncisione fatta in casa

**Reggio Emilia, bimbo di cinque
mesi muore dopo circoncisione
in casa** 2019

Il piccolo era stato portato in condizioni disperate al policlinico di Bologna. Indagati i genitori per omicidio colposo. La Grande Moschea di Roma: "Basta interventi fatti in ambienti non sterili".

Circoncisione Rituale Maschile

Questioni aperte

Relativamente alla possibilità di eseguire la procedura della circoncisione in Italia per motivazioni esclusivamente rituali (religiose e/o culturali), vengono poste nel dibattito pubblico questioni di ordine:

- giuridico
- etico
- sanitario

Circoncisione Rituale Maschile



Governo italiano

Comitato nazionale per la bioetica

Come sottolineato dal CNB già nel 1998, “la conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico appare, in particolare, implicitamente confermata da alcuni enunciati contenuti nella legge 8 marzo 1989, n. 101, che ha approvato l'intesa stipulata fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane il 27 febbraio 1987 (si ritiene che i principi stabiliti in tale intesa possano, per analogia, essere estesi a tutte le altre confessioni religiose che praticino la circoncisione).”

Circoncisione Rituale Maschile



Governo italiano

Comitato nazionale per la bioetica

La circoncisione: Profili bioetici
25 settembre 1998

.... Assumendo per i fedeli tale caratterizzazione religiosa, la prassi della circoncisione può essere oggettivamente ricondotta alle forme di esercizio del culto garantite dall'**art. 19** della Costituzione che, nel lasciare ai consociati **piena libertà di espressione e di scelta in campo religioso**, si limita a vietare soltanto eventuali pratiche rituali contrarie al "buon costume" ...

In relazioni alla tutela dei minori ed in particolare della loro salute, la pratica della circoncisione rientra tra quelle comunque riconosciute dall'**art. 30** della Costituzione e relative all'esercizio **del diritto-dovere dei genitori di educare i propri figli e di tramandare loro una linea educativa religiosa e le pratiche ad essa connessa**. E seppur pratica escissoria, la circoncisione non produce ove correttamente eseguita, alterazioni della funzionalità sessuale e riproduttiva maschile a differenza delle mutilazioni genitali femminili e quindi non riconosciuta dannosa e giuridicamente illecita ...

Circoncisione Rituale Maschile



Governo italiano

Comitato nazionale per la bioetica

Circoncisione: Comitato Bioetica, Lecita La Maschile. Non La Femminile

.... Roma, 24 luglio 2008 - "I popoli o le comunita' che, per la loro specifica cultura, praticano la circoncisione rituale, e quella in particolare dei neonati di sesso maschile, meritano pieno riconoscimento della legittimita' di tale pratica e di conseguenza un'altrettanta piena tutela".

Principio di Equità

- A carico del SSN?



Justice:

Equa distribuzione
delle risorse

Survey GLNBM SIP

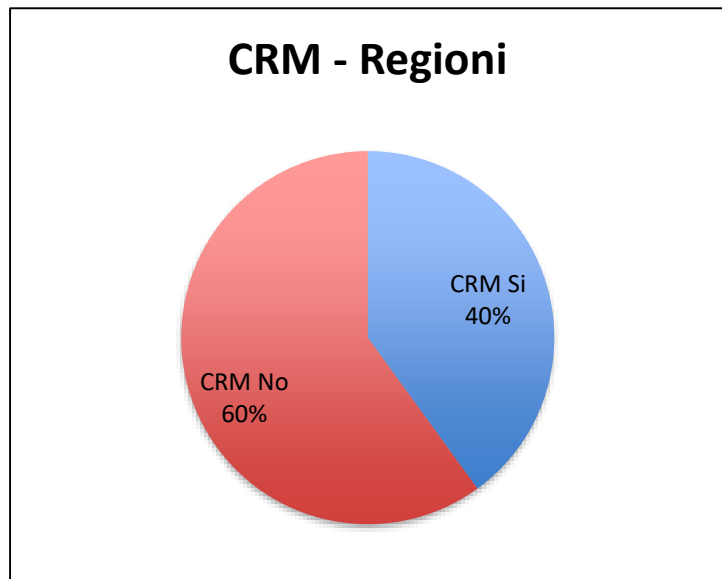
Circoncisione Rituale Maschile

Hanno partecipato:

- Sezioni Regionali SIP (Presidenti)
- GdS Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Migrante SIP (Soci)
- GrIS – Gruppi Immigrazione e Salute SIMM (Referenti Regionali)



CRM - Regioni



Luglio 2019: la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ha svolto l'audizione del **Prof. Mario Lima**, docente di Chirurgia Pediatrica presso l'Università degli Studi di Bologna e presidente Società italiana di Chirurgia Pediatrica, della **Dott.ssa Simona La Placa**, Pediatra presso il Policlinico "P.

Giaccone" di Palermo e Segretario del GLNBM SIP e del **Prof. Nicola Capozza**, Presidente della Società Italiana di Urologia Pediatrica e responsabile del Dipartimento di Chirurgia Urologica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, in relazione all'esame dell'affare n. 216 (sulle problematiche connesse alle pratiche di circoncisione rituale e dei minori. "Poter intervenire e riportare il nostro punto di vista come professionisti sanitari e' stato un passo importante. Restiamo in attesa di ulteriori risvolti."

Link: <https://webtv.camera.it/evento/14880>



Conclusioni: In funzione del principio di “riduzione del danno”, offrire un **percorso assistenziale all’interno del SSN, con un eventuale compartecipazione alla spesa**, permetterebbe, in una fase “sperimentale”, di dare una corretta “dimensione” al problema anche ai fini di una programmazione in termini di **risorse, umane e materiali**, da impiegare. Tutto ciò non può prescindere dalla collaborazione tra tutti i professionisti coinvolti, e ovviamente tra le rispettive società scientifiche, nell’ottica di un **lavoro di rete per la promozione e tutela della salute di tutti i bambini**.

Possibili scelte



- **Counselling con la famiglia**
- **Consigliare di praticare la circoncisione in ambiente ospedaliero per assicurare asepsi ed analgesia**
- **Campagne di sensibilizzazione e informazione**
- **Lavoro di rete con i centri nascita, il territorio e la pediatria di libera scelta**

POLICY STATEMENT

Organizational Principles to Guide and Define the Child Health
Care System and/or Improve the Health of all Children

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The Impact of Racism on Child and Adolescent Health

Maria Trent, MD, MPH, FAAP, FSAHM,* Danielle G. Dooley, MD, MPhil, FAAP,* Jacqueline Dougé, MD, MPH, FAAP,* SECTION ON
ADOLESCENT HEALTH, COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, COMMITTEE ON ADOLESCENCE

L'obiettivo del Policy Statement appena pubblicato è l'elaborazione di un documento basato sull'evidenza, focalizzato sull'impatto del razzismo sullo sviluppo dei bambini e degli adolescenti e sulla loro salute:

- ❑ Il razzismo come fattore determinante per la salute dei bambini
- ❑ L'elaborazione della razza come costruzione sociale
- ❑ L'esperienza nell'infanzia del razzismo
- ❑ Il razzismo all'intersezione tra educazione e salute del bambino e dell'adolescente
- ❑ Come i pediatri possono affrontare e migliorare gli effetti del razzismo sui bambini e sugli adolescenti.



**L'ITALIA SONO
ANCH'IO.**

Campagna per i diritti
di cittadinanza.



Grazie!

Società Italiana di Medicina
delle Migrazioni – SIMM
www.simmweb.it



Gruppo Nazionale di Lavoro
del Bambino Migrante - SIP
www.glnbi.org



Simona La Placa

Ambulatorio Pediatrico Multiculturale Policlinico - PALERMO
e-mail: simonalaplaca@gmail.com telefono: 091.655.20.16