

FORMAZIONE COMUNE SUL DIRITTO DI ASILO

Dialoghi sul nuovo Patto

La tutela giurisdizionale nel regolamento screening

Data: 1° ottobre 2026, ore 14.30-17.30

Online sulla piattaforma Gmeet a questo [link](#)

Referenti: Dario Belluccio, Marcella Ferri

Accertamento della
vulnerabilità:
Tempo
competenza
condizioni adeguate

Dott.ssa Giusi De Iaco
Malattie Infettive
Policlinico di Bari

Robust screening

All irregular migrants will be registered and subject to identification, security, and health checks.

The new Screening Regulation closes a gap in the existing framework by ensuring:



Uniform health, identity and security checks of migrants who cross the EU external borders illegally



Screening will have to be completed in a limited timeframe: 7 days for the screening at the external borders and 3 days for the screening of persons apprehended within the territory



Quick channeling to the right procedures (border procedure, asylum or return procedures)



Independent monitoring of **respect for fundamental rights** during screening and border procedure

Page contents

Domande generali

Frontiere esterne sicure

Procedure rapide ed efficaci

Sistema efficace di solidarietà e responsabilità

Integrare la migrazione nei partenariati internazionali

Accertamenti rigorosi

Come funzioneranno i nuovi accertamenti? Qual è il valore aggiunto del regolamento sugli accertamenti? +

In che modo sarà garantita la protezione dei gruppi vulnerabili nel corso della procedura? -

Il nuovo regolamento sugli accertamenti permetterà di **individuare velocemente la procedura corretta da applicare** a una persona che entra nell'UE senza soddisfare le condizioni di ingresso. Una più rapida individuazione della procedura adeguata aiuterà a gestire le domande delle persone che necessitano di protezione internazionale e delle persone vulnerabili che necessitano di un'assistenza speciale, anche in caso di afflussi elevati. Lo scopo dei controlli sanitari è di effettuare una valutazione preliminare dello stato di salute delle persone in modo da tutelare la salute pubblica e da poter offrire prestazioni sanitarie di urgenza e trattamenti essenziali delle malattie.

Il regolamento sugli accertamenti introduce inoltre un **controllo preliminare delle vulnerabilità** effettuato da personale qualificato, che aiuta a scoprire se la persona sia un apolide o una vittima di tortura o di altri trattamenti disumani o degradanti o abbia esigenze particolari. In tal modo le persone vulnerabili potranno ricevere una protezione adeguata nelle successive procedure di asilo o di rimpatrio. Le nuove norme introducono garanzie specifiche per la tutela dei minori.

Tutti gli Stati membri dovranno stabilire un **nuovo meccanismo di monitoraggio indipendente**, che rafforzerà la trasparenza e l'assunzione di responsabilità durante gli accertamenti e la procedura di frontiera, promuovendo nel contempo il rispetto dei diritti fondamentali.

Regolamento Screening

- Prevede che ogni persona sottoposta alla procedura sia oggetto di una valutazione dello stato di salute e delle eventuali ***condizioni di vulnerabilità***
- Che sia effettuata da personale sanitario qualificato.
- Tale valutazione riveste una funzione centrale nell'economia del sistema, poiché è destinata a incidere sulla determinazione del percorso procedurale applicabile.

Consente di accertare se

la persona possa essere
assoggettata alle procedure di
frontiera previste dal nuovo
quadro normativo



Oppure se, *in ragione di
specifiche condizioni di
vulnerabilità*, debba beneficiare di
particolari garanzie procedurali

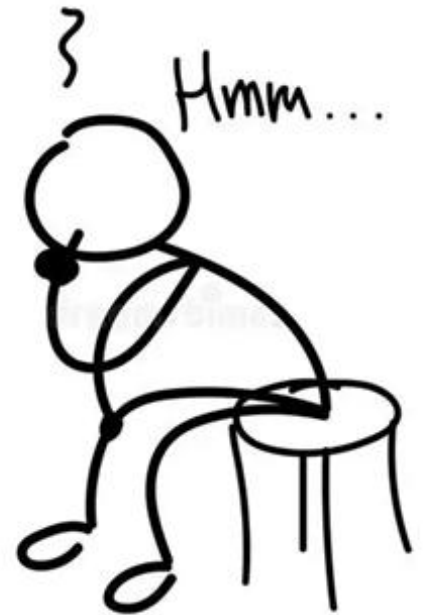
Il setaccio della vulnerabilità: uno strumento di selezione lungo le frontiere

Cosa viene richiesto alle mediche e ai medici?

TEMPO

COMPETENZA

CONDIZIONI ADEGUATE



FOCUS TEMATICI

La normativa di riferimento esplicita le tipologie di vulnerabilità per le quali deve essere assicurata l'adeguata presa in carico. A tal fine, occorre tener conto dell'esigenza di interventi mirati e tempestivi in risposta a particolari esigenze, che possono essere diverse a seconda delle varie fasi della procedura: sbarco - rintraccio sul territorio o accoglienza. Tra le vulnerabilità indicate dalla norma di riferimento*, alcune sono da riferirsi a condizioni esplicite e oggettive inerenti alla condizione di salute o allo status socio-giuridico della persona, quale, ad esempio, l'essere minore straniero non accompagnato (MSNA), altre sono meno identificabili, come vulnerabilità legate alla salute mentale e, dunque, richiedono una intercettazione quanto più possibile precoce, al fine di garantire un'assistenza specialistica e qualificata. Pertanto, dal punto di vista operativo, ogni condizione di vulnerabilità richiede una specifica presa in carico che segue particolari fasi operative, delineate nei focus tematici che seguono.



MSNA



BISOGNI SANITARI
SPECIFICI



DISAGIO MENTALE



VIOLENZA DI GENERE



TRATTA



VITTIME DI
NAUFRAGIO



PROCEDURA PER IL
RICONOSCIMENTO
DELLA PROTEZIONE
INTERNAZIONALE



DONNE E RAGAZZE IN
GRAVIDANZA E ACCESSO
AD IVG

FOCUS: ATTIVITÀ IN SUPPORTO A PERSONE CON DISABILITÀ E BISOGNI SANITARI SPECIFICI

MINISTERO
DELL'INTERNO
Prefettura Ufficio territoriale del Governo
di Bari

SOPs
BARI

PER LA RILEVAZIONE,
IL REFERRAL E LA PRESA
IN CARICO DELLE
PERSONE PORTATRICI DI
VULNERABILITÀ
IN ARRIVO SUL TERRITORIO
ED INSERITE NEL SISTEMA
DI PROTEZIONE
E DI ACCOGLIENZA



ATTIVITA' IN
BANCHINA



ATTIVITA' ED
ACCOGLIENZA IN
CPA/CARA



TRASFERIMENTO

Gli attori socio-sanitari effettuano uno screening iniziale per individuare indicatori di disabilità o bisogni sanitari specifici (BSS), assegnando priorità per l'ingresso al CARA/CAS

In caso di **prima rilevazione di fragilità psichiatrica in banchina** e rischio per gli altri, l'ASL:

- chiama il **118** che decide la destinazione secondo competenza;
- mantiene i contatti con la **Prefettura**.
- In caso di ospedalizzazione, l'ASL informa **Prefettura** e **Questura**, fornendo – se disponibili – **ID sbarco, legami familiari e altri dati utili al tracciamento**.
- Al termine dell'identificazione e fotosegnalamento, i **richiedenti asilo sono destinati al CARA/CAS**, ed eventualmente al **SAI** in via prioritaria

Se necessario, il personale può richiedere approfondimenti o **disporre l'invio in PS** tramite **118**.

L'ASL produce la documentazione medica necessaria alla presa in carico, anche con il supporto di altri Enti indicati dalla Prefettura.

- **Alloca** la persona nel **CARA/CAS** in base alle esigenze specifiche, garantendo quando possibile la **vicinanza ai caregiver**.
- Effettua la **visita medica di ingresso** e assicura il **primo soccorso**.
- Fornisce, se necessario, ausili alla **deambulazione** (stampelle, sedia a rotelle, pedana).

- In caso di sorveglianza sanitaria, individua un **locale idoneo per l'isolamento temporaneo**.
- In presenza di **malattie infettive o contagiose**, il medico attiva l'isolamento sanitario e informa l'ASL.
- Predisporre e **conserva** la scheda sanitaria nel **fascicolo individuale**, consegnandola all'ospite alla **dimissione**.

- Per gravi vulnerabilità psichiche, **attiva** la presa in carico territoriale del **DSM** tramite **medico o psicologo del CARA**.
- Conduce colloqui per ricostruire l'origine delle problematiche sanitarie e **approfondisce gli indicatori di vulnerabilità**.
- Richiede il codice **STP** in attesa dei documenti per l'accesso al SSN e supporta la **traduzione di documentazione medica estera**.

- Raccoglie la documentazione sanitaria utile e presenta la **richiesta SAI**, segnalando alla **Prefettura** eventuali priorità.
- **Trasmette** alla Questura certificazioni e **relazioni di vulnerabilità** per facilitare:
- la formalizzazione della **domanda di protezione internazionale**,
- il rilascio del **permesso di soggiorno**,

- **EG**, assicurando l'allocazione ed il trasferimento con eventuali caregivers e **informando la Prefettura**:
- inoltra al Servizio Centrale la documentazione per la **richiesta di inserimento dei casi prioritari in progetti SAI** idonei e, ove individuati, predispone il trasferimento;

In caso di trasferimento in **SAI** o verso altra struttura, **EG**:

L'UI e la CT garantiscono l'accesso tempestivo alla procedura d'asilo.

- **trasmette** il fascicolo individuale al progetto di destinazione e consegna copia cartacea al beneficiario.
- **comunica** alla **Prefettura, Questura, Commissione Territoriale** e Comune le specifiche del trasferimento e aggiorna gli applicativi informatici, con il **supporto di Prefettura e EUAA**
- **fornisce** ogni ulteriore informazione utile alla struttura di destinazione, al fine di **agevolare la presa in carico dei soggetti vulnerabili**.

OOI, partner, EUAA e gli enti indicati dalla Prefettura mantengono un'osservazione attiva per far emergere ulteriori indicatori di vulnerabilità da segnalare a EG.

FOCUS: DISAGIO MENTALE



SBARCO

Rilevazione iniziale di indicatori di disagio mentale

Osservazione comportamentale durante triage e sbarco, con immediata segnalazione al personale sanitario che avvisa la Prefettura per attivare il supporto necessario.

Attori Coinvolti:

- USMAF/ASL
- Ente Gestore CARA/CAS
- Prefettura
- EUAA
- OOII e partners

Modalita' di comunicazione:

Comunicazione diretta tra attori presenti in banchina;
Comunicazione UI, Prefettura e EG per le vie brevi e mail

Osservazione continuativa e valutazione multidisciplinare

Monitoraggio quotidiano, colloqui e raccolta dati sanitari per l'eventuale compilazione del Modello F nei casi di disagio mentale. Se il CSM non dispone di mediazione culturale, l'Ente Gestore ne garantisce la presenza per un accesso efficace e inclusivo.

Attori Coinvolti:

- ASL
- Ente Gestore
- Servizio Centrale
- Prefettura
- UI
- EUAA
- OOII e partners
- CSM

Modalita' di comunicazione:

- Comunicazione diretta tra attori operanti; Prefettura, EUAA, per le vie brevi e-mail
- Segnalazione via mail dedicata a Servizio Centrale da EG con supporto Prefettura

Monitoraggio e conferma di sintomi o comportamenti critici

La Prefettura, con ASL e servizi territoriali, definisce le soluzioni operative per il caso. L'Ufficio Immigrazione prioritizza la formalizzazione della domanda di protezione. La Commissione Territoriale prioritizza l'audizione, garantendo setting e supporti adeguati; se si procede, l'ASL produce la documentazione medica necessaria. L'ASL concorda con la struttura idonea le modalità di presa in carico.



PRIMA ACCOGLIENZA

MINISTERO DELL'INTERNO
Prefettura Ufficio territoriale del Governo di Bari

SOPs BARI

PER LA RILEVAZIONE, IL REFERRAL E LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE PORTATRICI DI **VULNERABILITÀ** IN ARRIVO SUL TERRITORIO ED INSERITE NEL SISTEMA DI PROTEZIONE E DI ACCOGLIENZA



COLLOQUIO CON COMMISSIONE

Gestione di riemersione di traumi durante la narrazione

- Presenza di interprete qualificato.
- Supporto psicologico durante e dopo il colloquio

Attori Coinvolti:

- Commissione Territoriale,
- ASL
- Ente Gestore
- Progetto SAI di destinazione
- Prefettura
- EUAA
- OOII e partners

Modalita' di comunicazione:

Comunicazione diretta tra: Prefettura, Commissione Territoriale, EUAA, OOII e partners, per le vie brevi e mail



TRASFERIMENTO

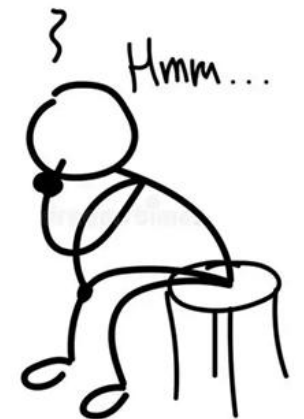
Presa in carico continuativa e tracciamento

Raccolta e condivisione (riservata) di diagnosi, terapie, ricoveri precedenti.

- Luoghi adeguati e opportuni
- Da chi? Con quali curricula?
- Persone in divisa/ambiente percepito come ostile...
- Con quali tempi? La persona non è un FASCICOLO

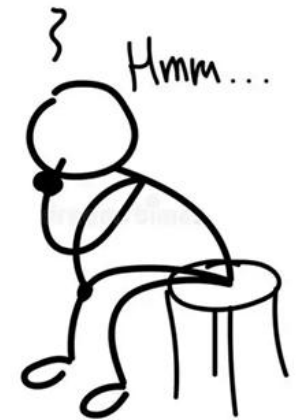
Tre giorni possono bastare per una procedura, non necessariamente per una persona

Cosa significa «restare a disposizione»?



Screening

- Porta di ingresso al sistema
- ..è una gara contro il tempo
- Produce incertezza/controllo/ possibili conseguenze **DEFINITIVE** per la vita delle persone
- Non monitorabile
- Scopo di *invisibilizzare* le persone
- Medico o notaio del rimpatrio?



Valutazione della VULNERABILITA'

Due momenti distinti:

- Una **prima verifica** è effettuata dall'USMAF-SASN (Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera - Servizi di Assistenza Sanitaria al Personale Navigante), cui compete l'accertamento di eventuali rischi sanitari immediati, con particolare riferimento alle malattie infettive e alle situazioni di emergenza sanitaria rilevabili nella fase dello sbarco.
- Una **seconda valutazione** è invece demandata al personale medico operante negli *hotspot* e nelle strutture di prima accoglienza, eventualmente con il supporto delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, di figure specialistiche o di altri soggetti coinvolti nelle attività di assistenza e presa in carico.

criticità applicative che incidono sulla capacità del sistema di individuare tempestivamente condizioni di vulnerabilità e bisogni di tutela specifici.



Triage medico

ATTIVITÀ:

USMAF/ASL:

- effettua una valutazione delle condizioni di salute, assicura le prime cure mediche e, in caso di necessità, dispone il trasferimento in ospedale a mezzo di ambulanza CRI comitato locale o, se non è presente in banchina, attiva il 118;
- comunica tempestivamente indicatori di vulnerabilità ed eventuali ospedalizzazioni alle autorità competenti
- La Prefettura mantiene le comunicazioni con l'ospedale di riferimento e attiva l'EG per il supporto durante la degenza in ospedale e il trasferimento del richiedente alle dimissioni.

ATTORI COINVOLTI:

Attori coinvolti:

USMAF/ASL
Prefettura
Questura
EG

Attori presenti in banchina:

FF.OO.
Prefettura
Frontex
ASL
EUAA
OO.II. e partners
ETS

MODALITÀ DI COMUNICAZIONE:

- Comunicazione per le vie brevi e invio per email alla Prefettura delle certificazioni prodotte per i casi sanitari più urgenti.
- Per le vie brevi coordinamento logistico e condivisione di informazioni di primaria necessità.
- Per le vie ufficiali (e-mail istituzionale/pec) trasmissione del report sanitario e in caso di ospedalizzazioni.

Vulnerabilità sanitaria

- Per vulnerabilità sanitaria si ritiene di dover adottare una **definizione di tipo funzionale contestuale**, fondata sulla relazione tra bisogni assistenziali effettivi della persona e capacità concreta del luogo di permanenza di garantire tali bisogni
- ***Una condizione clinica fisica o psichica che comporti bisogni assistenziali specialistici per i quali il luogo di permanenza o la Azienda sanitaria locale territorialmente competente non siano dotati dei relativi servizi specialistici. Tali condizioni devono, inoltre, determinare un rischio concreto e attuale di danno o significativo aggravamento dello stato di salute della persona.***
- Nel quadro delle normative vigenti e dei principi sovranazionali in materia di tutela della salute, la vulnerabilità sanitaria non può essere identificata con la mera presenza di una diagnosi clinica o di una condizione di fragilità generica.
- Risulta infatti fondamentale che alla persona venga garantito quanto prima, fin dalla prima preliminare valutazione, **l'accesso alla gestione delle vulnerabilità riscontrate**, onde evitare che la valutazione stessa di vulnerabilità possa ridurre ulteriormente la possibilità di accedere a servizi sanitari.

Vulnerabilità sanitaria

- c. Condizioni di vulnerabilità sanitaria per le quali sono necessari servizi specialistici di assistenza² (dati anamnestico-clinici indicativi di)
- ogni condizione clinica fisica o psichica che comporti bisogni assistenziali specialistici per i quali il luogo di permanenza o la Azienda sanitaria locale territorialmente competente non siano dotati dei relativi servizi specialistici. Le condizioni cliniche così segnalate devono, inoltre, determinare un rischio concreto e attuale di danno o significativo aggravamento dello stato di salute della persona.
- ☐ patologie croniche organiche o psichiatriche in fase di scompenso con necessità di ricovero, o il cui trattamento richieda l'erogazione di terapie salva-vita;
 - ☐ disabilità fisiche/psichiche/cognitive complesse non gestibili nel setting;
 - ☐ malattie infettive che richiedono isolamento
 - ☐ altro (ogni altra situazione individuale che richieda un'assistenza specialistica per le patologie non ricomprese tra quelle precedentemente descritte) - Specificare
-
-

Gli attori

- La circolare ministeriale e le Standard Operating Procedures (SOP) adottate il 12 giugno 2026, contestualmente all'entrata in vigore del Regolamento, hanno definito un assetto organizzativo volto a individuare **i soggetti competenti** e a disciplinare la sequenza delle attività da svolgere.
- In particolare, esse attribuiscono
 - agli USMAF-SASN le verifiche sanitarie in fase di sbarco,
 - alla Croce Rossa Italiana i controlli sanitari all'interno degli *hotspot* e all'EUAA,
 - all'OIM ovvero a personale di polizia appositamente formato la compilazione della checklist relativa alle condizioni di vulnerabilità.
- Quali misure volte a garantire la disponibilità delle risorse professionali e organizzative necessarie alla sua attuazione?
- Presuppone, infatti, la presenza continuativa di una pluralità di attori istituzionali e operativi - quali EUAA, OIM, CRI e **personale di polizia adeguatamente formato** - la cui effettiva disponibilità e formazione, secondo quanto emerso dalle prime attività di monitoraggio svolta presso le frontiere siciliane e calabresi, risulta caratterizzata **da significative disomogeneità territoriali**.

Focus vulnerabilità

La tutela delle vulnerabilità richiede grande attenzione e percorsi dedicati: non si esaurisce in uno screening estemporaneo, e non parte da zero.

CHI SONO LE PERSONE VULNERABILI

art. 17, c. 1, D.Lgs. 142/2015

Minori • minori non accompagnati • disabili • anziani • donne (con priorità in gravidanza) • genitori singoli con figli minori • vittime di tratta • persone con gravi malattie o disturbi mentali • vittime di tortura, stupri o gravi violenze (anche legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere) • vittime di mutilazioni genitali.



UN QUADRO GIÀ CONDIVISO

Accordo S-R 43/CSR • 30 mar 2017

Vittime di tortura e gravi violenze

Accordo S-R 108/CSR • 10 mag 2018

«I controlli alla frontiera»

Accordo CU 73/CU • 9 lug 2020

Determinazione dell'età dei MSNA

Per esempio...la TB

- Un esempio paradigmatico riguarda l'accertamento di patologie infettive sicuramente rilevanti ai fini dello *screening* sanitario, quale ad esempio la tubercolosi.
- Diagnosi rapida impossibile: conseguente dilatazione dei tempi necessari per la refertazione e per l'eventuale presa in carico sanitaria. Tale circostanza evidenzia la difficoltà di conciliare l'esigenza di un rapido completamento dello *screening* con i tempi richiesti da accertamenti diagnostici che necessitano di strutture e competenze specialistiche.
- Al contempo, il protrarsi dei tempi necessari all'accertamento diagnostico può determinare la permanenza della persona all'interno di contesti collettivi nei quali essa continua a entrare in contatto con altri soggetti presenti nella struttura, con il conseguente rischio di diffusione di eventuali patologie trasmissibili prima che sia possibile adottare misure sanitarie adeguate sulla base di una diagnosi definitiva.

Vulnerabilità di natura psicologica e psichiatrica

- Il trauma può produrre vergogna, paura, dissociazione dalla realtà
- Il riconoscimento di vittime di tortura non è identificabile immediatamente ma richiede CONDIZIONI AMBIENTALI/RELAZIONALI adeguate

TEMPO –COMPETENZE—CONDIZIONI ADEGUATE

Vulnerabilità di natura psicologica e psichiatrica

- Le maggiori criticità emergono tuttavia con riferimento all'individuazione delle vulnerabilità di natura psicologica e psichiatrica.
- In particolare, l'identificazione delle vittime di tortura o di altre forme di violenza, espressamente richiamate dal Regolamento Screening tra le categorie che richiedono particolare attenzione, presuppone normalmente la realizzazione di colloqui specialistici condotti da **personale adeguatamente formato**, con il supporto di mediatori linguistico-culturali **qualificati** e in contesti, non coercitivi, idonei a garantire **riservatezza, fiducia e assenza di condizionamenti**, con **tempi adeguati**.

Vulnerabilità di natura psicologica e psichiatrica

- Dalle evidenze raccolte emerge, tuttavia, che tali **condizioni** risultano sistematicamente **disattese** nelle strutture oggetto di monitoraggio.
- Gli interpreti disponibili risultano spesso **inadeguati**, per numero, formazione e grado di indipendenza, rispetto alle esigenze delle procedure;
- gli **spazi** fisici non sempre assicurano condizioni adeguate di riservatezza;
- i **tempi** imposti dalla gestione dei flussi, inoltre, appaiono frequentemente **incompatibili** con lo svolgimento di approfondimenti clinici adeguati e con i tempi necessari all'emersione di condizioni di vulnerabilità che richiedono percorsi di accertamento non immediato

Conseguenze delle valutazioni-criticità



Al personale sanitario viene richiesto di effettuare, nelle immediate fasi successive allo sbarco e spesso **nell'arco di pochi minuti**, valutazioni suscettibili di incidere non soltanto sulla tutela della salute della persona, ma anche sull'individuazione di possibili condizioni di vulnerabilità rilevanti ai fini del successivo percorso procedurale.

Conseguenze delle valutazioni-criticità

- Tali attività devono essere svolte frequentemente sulla banchina di piccoli porti o in contesti logistici caratterizzati da forte pressione organizzativa, all'esito di viaggi che possono essersi svolti in condizioni particolarmente gravose e nei confronti di persone che presentano spesso quadri sanitari, psicologici e sociali complessi.
- In situazioni di questo tipo, il rischio è che compiti essenziali per il funzionamento delle garanzie previste dal diritto europeo assumano una dimensione sostanzialmente **incompatibile** con i tempi, gli strumenti e le risorse concretamente disponibili.

Comunicazione

Al momento dell'entrata in vigore delle nuove norme, numerosi operatori hanno segnalato:

- persistenti difficoltà nella disponibilità di mediatori linguistico-culturali qualificati e nella copertura delle molteplici lingue parlate dalle persone in arrivo.
- Non ancora predisposti
 - opuscoli informativi nelle diverse lingue necessarie,
 - nè gli spazi fisici idonei a garantire la riservatezza e di tempi congrui per lo svolgimento delle attività informative o dedicati ai colloqui informativi individuali, condizione necessaria affinché sia garantito che l'informativa sia effettivamente compresa e non si riduca a una comunicazione di massa in condizioni di affollamento.



Valutazione della vulnerabilità

- si riduce, nella pratica, a un'osservazione sommaria condotta in tempi brevissimi, senza strumentazione, senza mediazione adeguata, senza la possibilità di rilevare le forme di vulnerabilità che non si manifestano attraverso indicatori immediatamente percepibili sul piano fisico o comportamentale.
- così condotta non soddisfa gli standard imposti dallo stesso Regolamento Screening e produce conseguenze dirette e gravi:
 - persone portatrici di particolari esigenze procedurali o di accoglienza, rischiano di essere inserite nelle procedure di frontiera senza che siano state previamente individuate le condizioni rilevanti ai fini dell'attivazione delle tutele specificamente previste;
 - le condizioni di salute non adeguatamente accertate possono aggravarsi in assenza di una tempestiva presa in carico;
 - l'effettività della tutela dei diritti fondamentali rischia, conseguentemente, di risultare compromessa.

Note su come effettuare lo screening

- Tutto il personale dell'équipe deve ricevere una **formazione adeguata** sull'assistenza culturalmente competente e sensibile ai traumi, inclusa la capacità di riconoscere, valutare e rispondere a segnalazioni o segni di tortura o di violenza sessuale e di genere.
- Deve essere garantita supervisione clinica e supporto psicologico per i professionisti sanitari.

screening, basato su esigenze di rischio clinico.

- Il controllo deve essere effettuato nel pieno rispetto della dignità personale e non deve comportare alcuna forma di nudità se non necessaria ai fini dell'accertamento medico.
- Tutti i controlli devono essere non invasivi e sensibili agli aspetti culturali e religiosi e ai traumi.
- I minori devono essere visitati in presenza di un genitore/tutore deputato anche alla firma del consenso all'atto medico.
- Quando si interagisce con minori deve essere utilizzato un linguaggio appropriato alla loro età.
- Ove possibile dovranno essere rispettate **garanzie sensibili al genere**, incluso il diritto a essere visitati da un medico e assistiti da un interprete del genere preferito dalla persona o dello stesso genere della persona (in conformità alle linee guida nazionali).
- Durante il controllo devono essere utilizzati interpreti/mediatori professionali, imparziali e ~~competenti, e non familiari o non ingenui~~.
- I controlli devono essere effettuati in uno spazio sicuro, privato e ben illuminato (ad esempio le porte devono potersi aprire dall'interno e il luogo dovrebbe essere vicino agli uffici di sicurezza/amministrazione e/o all'uscita/entrata della struttura).
- Tutti i dati personali, medici e biometrici devono essere trattati come **confidenziali**; qualsiasi eccezione richiede una giustificazione chiara e proporzionata fondata su necessità di sanità pubblica o sul consenso esplicito della persona interessata.

La voce dei medici: tempi, strutture e competenze incompatibili con gli obblighi normativi

- Le condizioni organizzative attualmente esistenti nelle principali aree di frontiera **non consentono**, nella maggior parte dei casi, lo svolgimento di valutazioni sanitarie e psico-sociali pienamente corrispondenti al modello presupposto dal Regolamento Screening.
- Le criticità segnalate riguardano:
 - la disponibilità di personale specializzato,
 - l'adeguatezza delle strutture,
 - l'accesso ai servizi di mediazione linguistico-culturale,
 - i tempi effettivamente disponibili per le valutazioni e
 - la disponibilità degli strumenti diagnostici necessari.



GLI ADEGUAMENTI DELLE REGIONI • 2

Tre modelli regionali a confronto

REGIONE LOMBARDIA

Indicazioni operative DG Welfare

- Visite presso aeroporti e Questure
- Entro 24-48 ore, 7 giorni su 7
- Medico anche non specialista
- Reclutamento di liberi professionisti
- Vulnerabilità «non di competenza SSR»

REGIONE TOSCANA

DGR n. 841 - 06/07/2026

- Regime programmato (numero 116117)
- In strutture del SSR, non in Questura
- Esito comunicato alla P.S. (scheda Mod. B)
- Fatturazione alle Prefetture

REGIONE LAZIO

Indirizzo alle ASL - lug. 2026



- Modalità temporanee (max 3 mesi) con le Prefetture
- Valutazione di primo livello, non emergenziale
- Urgenze cliniche solo al Pronto Soccorso
- Mediazione linguistico-culturale

E le altre Regioni? Molte restano su approcci intermedi o di attesa — spesso non ancora tradotti in atti pubblici. È di questo che parliamo ora.

Altri approcci e nodi comuni



Modalità temporanee

Protocolli a termine con le prefetture; in alcuni casi visite ammesse solo in locali sanitari idonei e autorizzati.

Attesa e prudenza

In alcuni territori l'invito a non sottoscrivere i protocolli finché non arrivino chiarimenti in sede di Conferenza.

Adesione vs. opposizione

Aziende che accettano passivamente e singole direzioni o professionisti che si oppongono: risposte non omogenee anche dentro la stessa Regione.

Pressioni e «a chiamata»

Spinte per accordi rapidi; la disponibilità «a chiamata» equivale di fatto a una reperibilità 24/7.

Ricadute sul terzo settore

Coinvolgimento per mediazione e vulnerabilità, con il rischio di scaricare a valle oneri e responsabilità.

Un nodo a monte: l'accesso alle cure

Iscrizione al SSN in attesa della protezione internazionale

Resta poco chiara la possibilità di iscrizione per chi attende la valutazione della domanda (ex modulo C3): rischio di un vuoto di copertura proprio nella fase iniziale.

I limiti dell'STP

Molti approfondimenti specialistici — necessari anche per rilevare e certificare le vulnerabilità — non sono effettuabili con il solo STP e richiedono la tessera sanitaria: difficilmente compatibili con i tempi del Regolamento.

Il consenso informato

Un consenso valido richiede mediazione qualificata e tempo: entrambi in tensione con tempi compressi e con contesti percepiti come di controllo.

Chi monitora?

Mancata istituzione del meccanismo di monitoraggio indipendente previsto dall'art. 10 del Regolamento, concepito dal legislatore unionale quale strumento di garanzia del rispetto dei diritti fondamentali durante lo svolgimento delle operazioni di *screening*.

- l'assenza di tale presidio contribuisce ad accrescere le incertezze circa l'effettiva capacità del sistema di assicurare **forme di controllo esterno e indipendente** sulle modalità di svolgimento delle procedure e sul rispetto delle garanzie previste dal diritto dell'Unione.

Robust screening

All irregular migrants will be registered and subject to identification, security, and health checks.

The new Screening Regulation closes a gap in the existing framework by ensuring:



Uniform health, identity and security checks of migrants who cross the EU external borders illegally



Screening will have to be completed in a limited timeframe: 7 days for the screening at the external borders and 3 days for the screening of persons apprehended within the territory



Quick channeling to the right procedures (border procedure, asylum or return procedures)



Ensuring respect for fundamental rights during screening and border procedure



Dove tutto questo rischia di portarci

1

Diritto alla salute

Un ulteriore indebolimento dell'accesso e dell'esigibilità delle cure.

2

Prassi illegittime diffuse

Screening ancora nel caos per il mancato raccordo con il SSN; limitazioni della libertà nei centri; uso generalizzato della procedura accelerata; consulenza legale assente nonostante il Regolamento; ostacoli alla presentazione dei ricorsi.

3

Biosecuritismo e biorepressione

La salute usata come dispositivo di sicurezza anziché come diritto.

4

Frammentazione territoriale

Regole e tutele che cambiano da Regione a Regione, e dentro la stessa Regione.

5

Terzo settore ed esternalizzazione

Oneri e responsabilità scaricati a valle sul terzo settore, con crescente esternalizzazione a soggetti privati.

Una questione di metodo istituzionale

AL MINISTERO DELLA SALUTE

Rivendicare e far rispettare le proprie competenze, a garanzia dell'art. 32 della Costituzione: il diritto alla salute prescinde da ogni altra condizione, anche giuridica. Gli atti prescrittivi verso i professionisti sanitari non possono arrivare da prefetture, questure o dal Ministero dell'Interno, ma solo dalle istituzioni sanitarie competenti.

ALLE REGIONI

Esercitare pienamente le proprie prerogative di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi e delle attività di tipo sanitario — in particolare in sede di Commissione Salute e di Conferenza Stato-Regioni.



Appello del mondo sanitario e civile contro la securitizzazione della cura

simmweb.it/appello-del-mondo-sanitario-e-civile-contro-la-securitizzazione-della-cura

Obblighi informativi

- Tra le garanzie che il legislatore europeo ha collocato al centro della fase di *screening* assume particolare rilievo l'obbligo di informare tempestivamente la persona interessata circa la natura della procedura alla quale è sottoposta, i diritti di cui è titolare e le possibili conseguenze derivanti dagli accertamenti in corso.
- L'art. 11 del Regolamento Screening stabilisce che, durante lo *screening*, le autorità competenti debbano fornire alle persone sottoposte alla procedura informazioni chiare e comprensibili in merito alla natura e alle finalità dello *screening* stesso, all'obbligo di cooperazione, ai diritti applicabili durante la procedura, alla possibilità di essere assoggettate a una procedura di frontiera e alle relative conseguenze in termini di restrizione della libertà di circolazione.
- Tali informazioni devono essere fornite in una lingua comprensibile all'interessato o che «ragionevolmente si suppone gli sia comprensibile».

Distanza tra garanzie previste/davvero fruibili

- Esiste la capacità delle istituzioni nazionali di assicurare adeguati investimenti in termini di personale, formazione, servizi specialistici, mediazione linguistico-culturale e meccanismi indipendenti di monitoraggio??
- In assenza di tali presupposti, il rischio è che la distanza tra garanzie formalmente previste e garanzie effettivamente fruibili continui a rappresentare uno dei principali fattori di tensione nel processo di attuazione del nuovo sistema europeo comune di gestione delle migrazioni e dell'asilo.



← Back to Border Criminologies

The stethoscope as a tool of border control: resisting the pathogenicity of immigration detention

The demand on doctors to declare a person 'fit' for immigration detention in Italy reveals a clinical paradox at the heart of the border regime

Posted: 15 May 2026 **Time to read:** 4 Minutes

Nicola Cocco

Valentina Marchese

Federico Nicoli

Giulia Russo

Jacopo Testa

Author(s):

Alice Corsaro

Marco Mazzetti



N. Cocco, V. Marchese, F. Nicoli, G. Russo, J. Testa, A. Corsaro and M. Mazzetti. (2026) The stethoscope as a tool of border control: resisting the pathogenicity of immigration detention. Available at: <https://blogs.law.ox.ac.uk/border-criminologies-blog/blog-post/2026/05/stethoscope-tool-border-control-resisting-pathogenicity>

Fragilità delle garanzie

- Il Regolamento Screening e il Regolamento Procedure delineano un sistema di garanzie che presuppone
 - presenza di personale adeguatamente formato,
 - servizi di mediazione linguistico-culturale efficaci,
 - competenze sanitarie e psicologiche specialistiche,
 - spazi idonei allo svolgimento delle attività previste e
 - un sistema di monitoraggio indipendente capace di verificare il rispetto dei diritti fondamentali durante tutte le fasi dello *screening*.

Il decreto-legge n. 100/2026, la Circolare del Ministero dell'Interno del 10 giugno 2026 e le nuove Procedure Operative Standard adottate contestualmente all'entrata in vigore del nuovo quadro normativo hanno tentato di tradurre tali obblighi in sequenze procedurali concrete.

Le evidenze raccolte sul territorio italiano suggeriscono, tuttavia, che il problema principale risieda nella **sostenibilità operativa** del modello costruito dal legislatore europeo e recepito a livello nazionale.

Tutte quelle garanzie introdotte dal nuovo quadro normativo europeo emergono, nelle realtà osservate, come i **principali elementi di fragilità del sistema**.

Cosa fare?

Conoscere

Raccogliere e leggere in modo sistematico ciò che accade nei territori: delibere, note, comportamenti aziendali, criticità.

Sensibilizzare

Formazione e informazione ai professionisti e ai servizi, per capire la liceità delle richieste e come muoversi.

Organizzare

Rete e advocacy multilivello: Ministero della Salute, Regioni, aziende sanitarie.

Loneliness by Hans Thoma- Warsaw Museum



Conclusione

Un sistema che non è in grado di identificare la vulnerabilità nella fase iniziale è un sistema che mina alla radice la logica dell'intero impianto normativo europeo

