

Capitolo IV. Salute e assistenza

3° rapporto di aggiornamento 2006-2007



58

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

1) Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri

È stato più volte riconosciuto che l'immigrazione in Italia non è più fatto emergenziale, contingente, ma fenomeno strutturale destinato a permanere e permeare la nostra società negli anni a venire⁵⁷. E proprio la presenza dei bambini e dei ragazzi è assunta come indicatore di stabilizzazione dei progetti migratori all'interno del territorio nazionale. Il bambino immigrato è un cittadino portatore

⁵⁴ Per un approfondimento si veda anche: Bettoni G. *Il bambino sieropositivo. Un nuovo soggetto sociale* 1999, Arché.

⁵⁵ Graglia M. *Comportamenti a rischio e omosessualità* in Zizzoli U. e Colli C. *Giovani che rischiano la vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti* Milano, McGraw-Hill, Milano, 2004, pagg. 223-236.

⁵⁶ Howard J., Jonathan N., Graham B., Aydin K. *Omosessualità e suicidio nei giovani* in Rowling L., Martin G., Walker L. *La promozione della salute mentale e i giovani. Teorie e pratiche* McGraw-Hill, Milano, 2004, pagg. 193-211.

⁵⁷ Pittau F. (a cura di) *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile* Carocci, Roma 2003.



di bisogni socio-culturali e il semplice riconoscimento giuridico⁵⁸ del diritto all'assistenza sanitaria non è di per sé sufficiente a garantirgli l'accesso appropriato ai servizi e l'efficacia dell'intervento⁵⁹. In Italia esistono leggi che garantiscono il diritto all'assistenza sanitaria ed all'accesso alle cure, ma sono presenti anche bambini stranieri che non godono di una adeguata tutela sanitaria a causa del proprio status giuridico (figli di immigrati privi di permesso di soggiorno) o che incontrano ostacoli nell'accedere a cure appropriate e tempestive, con casi di peggioramento a causa del ritardo nel trattamento. Come richiamato più volte in letteratura⁶⁰, il grado di accessibilità e fruizione dei servizi sanitari rappresenta una questione cruciale per il benessere di questa popolazione, perché il degrado del patrimonio di salute dell'individuo pone seri problemi, sia alla persona che si ammala, sia all'intera collettività che lo ospita. La malattia di un minore, inoltre, assume, diversi significati e diversi effetti nell'ambito del ciclo di vita di una famiglia⁶¹. Il ruolo della famiglia e la qualità delle sue relazioni interne ed esterne sono perciò essenziali per la salute del singolo individuo. Da alcune ricerche⁶² è emerso come la madre sia l'agente centrale di cura all'interno del complesso familiare. Molte indagini

epidemiologiche⁶³ dimostrano che i tassi di morbosità sono superiori nei bambini che hanno situazioni familiari più deboli, conflittuali e frammentate, o che comunque non possono contare su una famiglia disponibile come «risorsa». È evidente quindi che l'immigrazione, quando non supportata con politiche di sostegno, inclusione e inserimento degli adulti e della famiglia, può essere un fattore di rischio per la salute del bambino immigrato.

Il tema dell'accesso ai servizi sanitari è un ambito in cui è possibile identificare proposte operative e percorribili. L'ultimo Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato 2004-2006⁶⁴, ha enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari come modalità d'integrazione. Si evidenzia così in positivo che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (PSN) esprima priorità per il SSN nel «potenziare le attività di prevenzione per gli adole-

⁵⁸ Per quanto concerne la tutela della salute del minore straniero, per i figli degli stranieri regolarmente soggiornanti e iscritti al SSN, ai sensi del Dlgs 286/1998 (Testo Unico sull'immigrazione, TU), l'iscrizione al SSN è obbligatoria, e consente l'accesso immediato a tutte le prestazioni a cominciare dal pediatra di libera scelta. Per i minori irregolari la tutela della salute dovrebbe essere garantita in esecuzione della CRC, che prevede per tutti i minori di 18 anni, «il diritto al godimento del miglior stato di salute possibile e a beneficiare dei servizi medici e di riabilitazione» (art. 24 comma 3), ma è attuata solo in parte in Italia in quanto non si prevede specificamente l'iscrizione al SSN e non si può generalmente usufruire del Pediatra di libera scelta. Hanno diritto tuttavia ad usufruire delle cure urgenti ed essenziali presso strutture sanitarie pubbliche, quali ambulatori specialistici, ospedali, consultori pediatrici di zona. I bambini stranieri anche se irregolari, di età compresa tra i 0 e i 6 anni, hanno diritto alle cure mediche di base e specialistiche presso le strutture ospedaliere e territoriali, in forma gratuita; le vaccinazioni sono obbligatorie, il bambino può riceverle gratuitamente presso i consultori e i centri di vaccinazione. Tutti i minori irregolari con un'età superiore ai 6 anni hanno comunque diritto, fino al compimento del 18° anno, a tutte le prestazioni di primo livello. Le prestazioni specialistiche sono erogate in seguito al pagamento del ticket, a parità dei cittadini italiani (e quindi con delle esenzioni ove previste). Le donne immigrate presenti irregolarmente, se in stato di gravidanza, ai sensi del TU sull'immigrazione, possono richiedere un permesso di soggiorno che vale fino al compimento del sesto mese del nascituro avendo garantita l'iscrizione al SSN per loro e per il bambino.

⁵⁹ Scheepers E., Van Dongen E., Dekker et al. *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review* Fam. Pract. 23, 2006, pagg. 325-348.

⁶⁰ Marceca M. *Salute in Undicesimo Rapporto sulle migrazioni ISMU*, FrancoAngeli, 2006, pagg.187-201.

⁶¹ Mazzetti M. *Il dialogo transculturale in Percorsi di donna*, Percorsi Editoriali, dicembre 2001.

⁶² Bird H.R. *Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 2001, pagg. 35-49; Diler R.S., Avci A., Seydaoglu G. *Emotional and behavioral problems in migrant children* Swiss Medical Weekly, 133, 2003, pagg. 26-28; Hull D. *Migration, adaptation, and illness. A review*. Social Science and Medicine, 13A, 1979, pagg. 25-36.; James S., Prilleltensky I. *Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice* Clinical Psychological Review, 22, 2002, pagg. 1133-1154; Kaes R. *Les theories psychanalytiques du groupe Paris*, PUF, 1999; Kolaitis G., Tsiantis, Madianos M., Kotsopoulos S. *Psychosocial adaption of immigrant Greek children from the former Soviet Union* European Child and Adolescent Psychiatry, 12, 2003, pagg. 67-74; Leavy G., Hollins K., King M., Barnes J., Papadopoulos C., Grayson K. *Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39, 2004 pagg. 191-195; Mazzetti M. *Il dialogo transculturale* Carocci Faber eds, 2003.

⁶³ Spadea T., Cois E. *I determinanti delle disuguaglianze di salute in Italia. I primi anni di vita* Epid. e prevenz., 2004, 28 Suppl. pagg. 26-31; Semprini R. *Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche di protezione* Quaderni ACP 2000:6:45; Tamburlini G., Ronfani L., Buzzetti R. *Development of a child health indicator system in Italy* Eur J Publ Health 11, 2001, pagg. 11-17; Tamburlini G. *Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva*, Atti Conferenza Nazionale sulla salute mentale. Ministero della Sanità Roma, 10-12 gennaio 2001.

⁶⁴ Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della Legge 40/1998, 2004-2006 pubblicato S.O. 128 della G.U. 169 del 22 luglio 2005. Tale documento riconosce al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non legata all'emergenza ed evidenzia che « [...] si devono tenere presenti fattori peculiari che svolgono un ruolo particolare nei confronti della salute degli immigrati legati al quadro epidemiologico del Paese di origine e ad aspetti culturali (difficoltà di comunicazione e di inserimento sociale), psicologici (lontananza dagli affetti, mancanza di supporto familiare, rischio di fallimento del progetto migratorio) e di discriminazione nell'accesso ai servizi [ndr: concetto ripreso dal PSN 1998 - 2000]. Atteggiamenti e comportamenti degli stranieri immigrati nei confronti dei servizi sanitari, derivanti dalle tradizioni culturali dei paesi di origine oltre che dalle forme di accoglienza nel nostro Paese, possono influenzare l'efficacia e la tempestività della risposta assistenziale, riducendo l'effettiva accessibilità ai servizi da parte delle popolazioni immigrate [...]».

Capitolo IV. Salute e assistenza

3° rapporto di aggiornamento 2006-2007



60

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

scienti ed i giovani adulti stranieri attraverso un approccio transculturale e multidisciplinare»⁶⁵. Alla luce di quanto scritto nel PSN, e tenendo conto di quanto espresso nel nuovo Programma di Governo nell'ambito di una concezione di «sanità inclusiva», alla fine del 2006, il Ministro della Salute ha istituito una **Commissione ministeriale «Salute della Popolazione Immigrata»** che ha un ruolo consultivo per il Ministero sugli aspetti legati alla salute degli immigrati. Tra le aree prioritarie della Commissione c'è il monitoraggio dell'offerta e della fruibilità dei servizi per gli immigrati con particolare attenzione alla donna ed ai minori. La Commissione procederà all'elaborazione di un Piano di intervento di lungo periodo, una sorta di Piano strategico collegato con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale, per ogni argomento, sono previsti strumenti di ricerca, formazione, informazione volta alla promozione della fruibilità dei servizi, attivazione di servizi specifici, a seconda delle esigenze e dei bisogni degli utenti.

Il diritto alla salute, benché principio costituzionalmente garantito per tutti, ed il diritto all'assistenza sanitaria come definito e sottolineato dal TU, fatica ad affermarsi nei confronti dei bambini immigrati non solo con riferimento alle difficoltà di interpretare in termini culturali il disagio psico-sociale di cui spesso questi bambini soffrono, ma anche e soprattutto alla possibilità di accesso ai servizi sanitari. Si segnalano alcune priorità operative dove impegnarsi a livello nazionale, regionale e locale, come definite da un documento dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL): formazione del personale, lettura dei bisogni, lettura della domanda, organizzazione dei servizi, flessibilità dell'offerta, lavoro multidisciplinare, lavoro di rete⁶⁶.

Un primo elemento critico riguarda la **diversità dei bisogni** in relazione ai differenti tempi di migrazione. Gli immigrati non sono un universo omogeneo: i bambini di nuova migrazione presentano bisogni d'urgenza, quelli di recente stabi-

lizzazione bisogni di neo-accoglienza, i bambini di antica migrazione bisogni legati al radicamento. Le variabili culturali e relazionali condizionano pesantemente l'uso e la conoscenza dei servizi socio-sanitari da parte della famiglia del bambino straniero. Inoltre, l'uso e la conoscenza dei servizi socio-sanitari da parte dello straniero dipendono da fattori sociali ed economici (età, sesso, scolarizzazione, inserimento lavorativo). Al quadro sopra delineato si aggiunge l'incapacità del sistema socio-sanitario di considerare la complessità sociale della salute, cosicché gli immigrati, anche a parità di condizioni economiche e sociali con gli italiani, spesso subiscono trattamenti discriminatori sul piano dell'assistenza e della possibilità di usufruire dei servizi. Tali difficoltà dipendono anche dalla mancanza di «offerta attiva» da parte dei servizi, mirata proprio alle persone più a rischio. I risultati di una ricerca ISTAT⁶⁷, poi confermati da una ricerca, collocata all'interno degli obiettivi individuati dal progetto *Partners for Health*, ha evidenziato che il problema non consiste nelle normative, quanto piuttosto in una scarsa attitudine alla flessibilità nell'esecuzione delle procedure, in una sostanziale mancanza di elasticità nell'offerta di servizi, a fronte di nuovi problemi di salute da parte di questi nuovi gruppi di utenti. Le risorse disponibili non sono sufficienti, gli operatori sentono di non ricevere adeguato sostegno da parte del sistema e sono oberati di lavoro, ed il tempo a loro disposizione è scarso⁶⁸.

Altro fattore critico è rappresentato dalla **carezza di informazione** e conseguentemente di conoscenza delle norme, dalla complessità dell'articolazione dei servizi sul territorio e dalla burocrazia che li governa, che rendono difficile informare l'utenza sui servizi offerti. A ciò si aggiunge il fatto che molte aziende sanitarie non sono al corrente delle possibilità di finanziamento per l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari⁶⁹, e solo alcune Regioni hanno deliberato in merito allo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche migratorie⁷⁰ loro assegnato, destinato a finanziare politiche dirette a ristabilire pari opportunità tra cittadini stranieri e cittadini italiani.

⁶⁵ Altri ambiti di attenzione del PSN (pubblicato S.O. 149 della G.U. 17 giugno 2006) al paragrafo 5.7 «Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali», sono la necessità di promuovere studi e ricerche sulla diffusione di malattie infettive nonché interventi di formazione per gli operatori sanitari, focalizzando l'attenzione sul settore materno-infantile, sugli infortuni sul lavoro, sulle condizioni sanitarie delle popolazioni Rom e sulle condizioni delle popolazioni senza fissa dimora.

⁶⁶ Documento finale gruppo Salute e Immigrazione: l'accesso ai servizi CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro). Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, dicembre 2000;

Bruni A., Fasol R., Gherardi S. *Accesso ai servizi sanitari traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci Faber, 2007.

⁶⁷ ISTAT *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2005*. www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/

⁶⁸ La ricerca è stata condotta da Alisei *Gli stranieri e l'accesso ai servizi sanitari: tra discriminazione sistemica e incomunicabilità* www.salutepertutti.org/italy.pdf

⁶⁹ Per gli Stranieri temporaneamente presenti ci sono due linee di rimborso: una attraverso il Ministero dell'Interno ed una attraverso la propria Regione che riceve un finanziamento dedicato, stabilito annualmente dal Comitato Interministeriale di Programmazione Economica (CIPE).

⁷⁰ Il Fondo nazionale Politiche Migratorie è stato istituito dal Testo Unico sull'immigrazione (art. 45, D.lgs. 286/98 e successive modificazioni e integrazioni) per finanziare le misure di integrazione sociale a favore degli immigrati. Nel 2002 il Fondo è confluito nel Fondo nazionale per le Poli-



È comunque da segnalare come da diverso tempo, in una logica di lavoro multidisciplinare, alcune società scientifiche ed organizzazioni della società civile, si confrontano sui temi della salute dei bambini stranieri ed hanno elaborato proposte e suggerimenti a vari livelli⁷¹. In particolare si menziona la proposta di garantire a tutti i minori a qualsiasi titolo presenti nel territorio italiano (anche se figli di immigrati privi di permesso di soggiorno) il pediatra di libera scelta⁷² e scelte di politica dell'immigrazione che sappiano garantire una serena crescita psicologica dei minori stranieri, alcune delle quali sono state recepite nella recente proposta di legge delega sull'immigrazione. Infine rileviamo come non ci siano **politiche sanitarie specificamente dedicate** agli svantaggi di salute per i bambini appartenenti alle famiglie immigrate più povere e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica disomogenea. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di Educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società. L'elemento più innovativo che emerge è il richiamo alle esigenze di intersectorialità sia nella programmazione degli interventi per la salute sia nella organizzazione del Servizio Sanitario. Tali esigenze di politiche intersectoriali di salvaguardia della salute degli immigrati si esprimono almeno a due livelli:

- l'elaborazione di politiche per la salute con l'obiettivo di monitorare i suoi determinanti più ampi, che richiede programmi estesi ben oltre il campo di intervento del Servizio Sanitario e pone, quindi, il problema del raccordo fra programmazione sanitaria centrale e programmazione territoriale;
- l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali che da un lato rinvia alla definizione di strumenti di raccordo fra le competenze del SSN (Ospedali, ASL, IRCCS, Medici di Medicina Generale, Pronto Soccorso, Consultori familiari e pediatrici) e quelle proprie degli Enti Locali e dei diversi Ministeri tra cui sono suddivise le competenze in materia di infanzia e adolescenza, dall'altro richiama i temi della sussidiarietà orizzontale, con la sempre più marcata ed organizzata presenza di associazioni no-profit e del volontariato.

Pertanto il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. di riformare la normativa sulla cittadinanza e sull'immigrazione per avviare politiche effettivamente "inclusive", in particolare per i minorenni presenti sul territorio italiano, anche per tutelare pienamente il loro diritto alla salute;
2. di garantire ai minori stranieri figli di immigrati senza permesso di soggiorno, il pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale come forma di migliore tutela assistenziale e comunque di assicurare l'accesso di tutti i minori stranieri al SSN, adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile ed in sintonia con i bisogni di questi gruppi di minori particolarmente vulnerabili;
3. di realizzare reti di comunicazione efficaci tra le parti interessate sia per verificare che l'allocazione delle risorse e i servizi disponibili per i minori stranieri corrispondano realmente ai loro bisogni e priorità, che per contribuire alla promozione dell'assistenza sanitaria di base e per valutare qualità e costi;
4. di pianificare interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi in età infantile ed adolescenziale attivando stretti collegamenti funzionali tra strutture a carattere sanitario ed altri servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
5. di ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi e negli organici all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti tra il Nord e il Sud del Paese ed all'interno delle singole realtà regionali, anche attraverso il ricorso al contributo di strutture private sociali ed imprenditoriali, promuovendo la realizzazione di un numero adeguato di Strutture residenziali per le condizioni che prevedano una più elevata intensità e durata dell'intervento riabilitativo, individualizzato sulla base dei bisogni del bambino straniero, regolarmente sottoposto a verifica.

che Sociali, istituito dalla Legge 328/2000, ripartito annualmente tra lo Stato e le Regioni, senza vincolo di destinazione a seguito della riforma del Titolo V^o della Costituzione. La Direzione Generale dell'Immigrazione utilizza la quota del Fondo destinata all'amministrazione statale per finanziare iniziative sperimentali e progetti pilota. In questo contesto si collocano alcuni tra i principali progetti in corso di realizzazione: sulla mediazione culturale, sull'accesso al credito e ai servizi bancari da parte degli immigrati, lo studio sull'imprenditoria immigrata, l'analisi delle problematiche legate alle politiche abitative per gli stranieri.

⁷¹ Dal 2003 il Gruppo di Lavoro Nazionale sul Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni in collaborazione con l'ISMU ed altri gruppi ed associazioni, esprimono puntualmente pareri e raccomandazioni in base ad evidenze scientifiche e dati elaborati dai propri soci e collaboratori in tutto il territorio nazionale. Di particolare interesse sono le raccomandazioni dell'ultima *Consensus Conference* sull'Immigrazione (Palermo, aprile 2006): www.simmweb.it

⁷² Alcune Regioni l'hanno già adottato: Umbria, Trentino e recentemente Friuli mentre la Regione Lazio ha annunciato a breve un simile provvedimento.