

SALUTE E ASSISTENZA



94

i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

8. ACCESSO AI SERVIZI SANITARI PER I MINORI STRANIERI

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le regioni e che:

e) sviluppi e metta in atto una campagna di informazione e di sensibilizzazione sul diritto all'assistenza sanitaria di tutti i bambini, inclusi quelli di origine straniera, con particolare attenzione alle strutture di assistenza sanitaria utilizzate dalle comunità straniere; tale campagna deve includere la correzione degli elevati tassi di natimortalità e di mortalità prenatale tra le madri straniere.

CRC/C/ITA/CO/3-4, 48, lett. e)

La tutela della salute è una priorità sempre più correlata alla capacità di programmazione e pianificazione a livello locale di interventi di **promozione della salute**¹²². Ancora di più, in un'epoca come l'attuale, dove i rapidi e profondi mutamenti sociali, la crisi economica e la contrazione della spesa sociale e sanitaria mettono a rischio il benessere del bambino e della sua famiglia. Gli studi che nel corso dell'ultimo decennio hanno approfondito le dinamiche di presenza dei minori stranieri in Italia mostrano come il Paese sia ormai diventato un luogo di "stabilizzazione" della popolazione immigrata e sia dunque entrato nella seconda fase del ciclo migratorio, caratterizzato dalla presenza sia di singoli, sia di nuclei familiari in costante rapporto con il tessuto sociale autoctono. È pertanto indispensabile che il ripensamento dei servizi socioeducativi e la pianificazione delle risorse relative all'assistenza sanitaria seguano il profilo dei cambiamenti, basandosi

¹²² Marceca, M., Geraci, S., Baglio G., "Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level", IJPH – 2012, Volume 9, Number 3.



su una analisi *evidence based* della natura e dell'entità dei fenomeni.

Dal 2000 al 2011, si è registrato un incremento del 332%¹²³, del **numero di bambini, adolescenti e giovani di origine straniera, che raggiungono circa il milione di presenze** (993.238). Dal punto di vista della natalità, la popolazione immigrata ha ammortizzato un'altrimenti inevitabile riduzione della popolazione di questa fascia di età: le donne immigrate hanno in media 2,07 figli contro l'1,33 delle italiane. **I nati da donne straniere rappresentano il 18% delle nascite complessive** del 2011¹²⁴. Nel 2012, in Italia i minori stranieri titolari di un permesso di soggiorno proprio o di uno o entrambi i genitori, erano un quarto dei soggiornanti: tra 0-14 anni sono 755.506 unità, mentre gli adolescenti (15-17 anni) sono 117.080 (rispettivamente 20,4% e 3,2% sul totale dei permessi di soggiorno)¹²⁵. A questi vanno aggiunti i minori stranieri irregolari, quindi non censibili, costituiti soprattutto da figli di immigrati senza permesso di soggiorno, Rom non residenti, bambini profughi non registrati, minori non accompagnati e da minori stranieri oggetto di tratta ai fini della prostituzione e della microcriminalità. Mentre nell'Unione Europea si stima ci siano tra 1,6 e 3,8 milioni di immigrati irregolari, a oggi non si è in possesso di dati ufficiali sul numero di bambini irregolari¹²⁶. Questo universo merita un'attenzione particolare alla luce della "fragilità sociale" e della **"triplice vulnerabilità" di migranti, irregolari e bambini**¹²⁷. Sebbene i dati non consentano uno sguardo d'insieme esaustivo, essi sono significativi di una tendenza irreversibile: **la popolazione straniera è sempre più formata da bambini e ragazzi** con alle spal-

le un vissuto più o meno diretto di migrazione, sia in condizioni di regolarità che di irregolarità, che ne condiziona la crescita e lo sviluppo personale e sociale.

Le ragioni del maggior disagio dei migranti possono essere ricondotte a diverse condizioni: la disoccupazione conseguente alla lunga crisi economica, la mancanza di reti familiari allargate da attivare in caso di difficoltà, l'inasprimento di alcune misure di contrasto all'immigrazione (Pacchetto Sicurezza)¹²⁸ con particolare riferimento a quella irregolare, ma anche alcuni aspetti inerenti i requisiti di legge vincolanti il rinnovo del permesso di soggiorno e il ricongiungimento familiare, che di fatto non tengono conto delle maggiori difficoltà di accesso alla casa e al lavoro¹²⁹.

Da più parti, in Europa e in Italia, si sottolinea come sia complesso ottenere dati statistici significativi sul bambino immigrato. La pianificazione delle politiche e dei sistemi socio-sanitari a livello locale andrebbe supportata da attività di ricerca periodiche, promuovendo, nel rispetto della necessità espressa dalle società scientifiche, dal privato sociale e dal volontariato, un integrato e concreto lavoro di rete, per far emergere i nodi e le problematiche ed individuare le possibili soluzioni. È dimostrato come politiche migratorie restrittive¹³⁰ possano porre i bambini in situazioni di vulnerabilità e violazione dei diritti fondamentali in tutte le fasi del percorso migratorio, in quanto l'accesso ad istruzione, salute e alloggio risulta limitato sia sotto il profilo giuridico sia nella pratica. Le numerose indicazioni normative che disciplinano l'accesso ai servizi sanitari da parte di vari Ministeri – cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee – sono complesse e spesso soggette a cambiamenti e aggiornamenti, ingenerando confusione e difficoltà interpretative a

123 Giovannetti M., Nicotra V., "Da residenti a cittadini – Il diritto di cittadinanza alla prova delle seconde generazioni", Cittalia – Anci, 2012. Disponibile su [www.cittalia.it/images/file/DA%20RESIDENTI%20A%20CITTADINI_md\(4\).pdf](http://www.cittalia.it/images/file/DA%20RESIDENTI%20A%20CITTADINI_md(4).pdf)

124 Caritas Migrantes, Dossier Statistico Immigrazione 2012. XXII Rapporto. Idos, Roma, 2012: 159-166

125 Ibidem

126 Triandafyllidou A. "CLANDESTINO Project Final Report" 2009 November, p.11. Disponibile al seguente link: http://clandestino.eliamap.gr/wp-content/uploads/2010/03/clandestino-final-report_november2009.pdf

127 Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2013) "Children A guide to realising the rights of children and families in an irregular migration situation", 2013. Disponibile al seguente link: <http://picum.org/picum.org/uploads/publications/Children%20First%20and%20Foremost.pdf>

128 Legge 94/2009: www.asgi.it/public/parser_download/save/legge.15.luglio.2009.n.94.pdf vedi anche il dossier sull'abrogazione del divieto di segnalazione: www.simmweb.it/index.php?id=358

129 Tali aspetti critici, come il prolungamento del permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformarlo in permesso di lavoro, il ricongiungimento familiare e i relativi percorsi di inclusione delle famiglie straniere, sono stati sottolineati nelle raccomandazioni espresse lo scorso anno a tutela dell'accesso alla salute per i minori e rimangono in atto disattesi (5° Rapporto CRC, pag.79).

130 Geraci S., Mazzetti M., "Buone leggi fanno buona salute", Il Mondo Domani, Unicef, 2010;30:8-9.



livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

L'esercizio del diritto all'accesso alla salute, infatti, è funzione della corrispondenza/congruità tra il bisogno di salute del minore e l'offerta e fruibilità dei servizi. Il bisogno, pur avendo anch'esso un'importante componente oggettiva, spesso non raggiunge la visibilità dei servizi per varie ragioni, tra cui lo stato di emarginazione legale e sociale, il valore culturale sulla sua percezione da parte delle famiglie con le relative barriere linguistico-culturali, e infine gli ostacoli, propri dell'età infantile, nel manifestarsi. I minori richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali, come risposta ai differenti bisogni di salute. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) affida al Pediatra di libera scelta (PLS) l'assistenza specialistica di primo livello del bambino (dalla nascita fino ai 14-16 anni)¹³¹. In questo modo, il sistema garantisce un'accoglienza socio-sanitaria omogenea su tutto il territorio nazionale, al fine di assicurare continuità e coordinamento tra realtà assistenziali, ospedaliere e territoriali. Il **pediatra di famiglia**, tutore della salute del bambino intesa come benessere globale psico-fisico, oggi più che in passato, ha un ruolo centrale nella strategia assistenziale del bambino immigrato e, instaurando un rapporto continuativo con le famiglie, nell'attività di prevenzione e educazione alla salute.

Indipendentemente dal grado di accesso ai servizi sanitari, **la mancanza di campagne di sensibilizzazione e informazione** porta a una scarsa consapevolezza dei propri diritti da parte della popolazione immigrata. A ciò si aggiunge che medici e operatori sanitari in genere non conoscono i rischi sullo stato di salute legati al fenomeno migratorio¹³² e il più delle volte non sono preparati ad affrontare i bisogni sanitari degli immigrati, perché nel loro percorso formativo non sono previsti insegnamenti *ad hoc*, mentre dovrebbe essere contemplata una formazione che includa l'insegnamento di temi sanitari legati ai fenomeni migratori.

¹³¹ Burgio G. R., Bertelloni S., "Una pediatria per una società che cambia", Edizione Tecniche Nuove, 2007.

¹³² Cataldo F., Geraci S., Sisto M.R., "Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie", in "Medico e Bambino", 5/2011: 306-310.

Un'impostazione di **politica sanitaria inclusiva**, in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni¹³³, deve necessariamente accompagnarsi ad una disponibilità da parte delle amministrazioni locali, reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, a recepire e rendere operative le indicazioni normative. Il decentramento amministrativo e politico ha prodotto estrema eterogeneità sul territorio nazionale, con rischio elevato di determinare disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, soprattutto a danno della popolazione immigrata più vulnerabile, come quella rappresentata dai minori stranieri¹³⁴. Con l'approvazione dell'**Accordo per l'applicazione delle norme in materia di assistenza sanitaria a cittadini stranieri e comunitari** (Conferenza Stato-Regioni del 20/12/2012)¹³⁵ si compie un rivoluzionario passo avanti nella storia dell'assistenza sanitaria al bambino migrante: viene sancita l'iscrizione obbligatoria al SSN dei "*minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno*". È da sottolineare che non si tratta di una nuova legge, ma del livello interpretativo di norme esistenti. Quanto alla forza giuridica di tale atto, occorre tenere presente che l'art. 4 D. lgs. 281/1998 dispone che l'accordo si perfezioni con l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni: non sono richiesti, dunque, ulteriori passaggi per il suo perfezionamento. L'effetto giuridico dell'accordo è quello di vincolare le parti stipulanti (Stato, Regioni e Province) agli impegni assunti, nel rispetto delle competenze che caratterizzano ciascuna amministrazione¹³⁶.

¹³³ Decreto Legislativo 286/1998 e documenti collegati.

¹³⁴ Carletti P., Geraci S., "Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati", Atti XII Congresso Nazionale SIMM, Viterbo 10-12 ottobre 2012 (www.simmweb.it).

¹³⁵ Rep. Atti n. 255/CSR del 20/12/2012. Disponibile al seguente link: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf.

¹³⁶ www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Regioni-e-Aziende/MIGRANTI2.pdf?uuid=f6a98842-96c9-11e2-a1d3-6e2e5ff235b7

**Pertanto il Gruppo CRC raccomanda:**

1. Alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri** di promuovere la raccolta di dati di popolazione, sociali ed epidemiologici affidabili e completi sui minori stranieri e in particolare sui minori “*undocumented*” e metterli a disposizione per permettere l'elaborazione di rapporti che supportino il processo di pianificazione delle politiche e dei sistemi socio-sanitari sul territorio nazionale e a livello locale;

2. Ai **Ministeri della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali** di promuovere, a livello nazionale, la realizzazione di percorsi di presa in carico e integrazione dei minori stranieri, valorizzando le reti già esistenti in ambito istituzionale, scientifico e dell'associazionismo, e implementando l'attività di formazione per gli operatori socio-sanitari e amministrativi finalizzata all'acquisizione di una maggiore competenza transculturale;

3. Alle **Regioni e Province Autonome** di prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN con l'attribuzione del Pediatra di libera scelta o il Medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dalla loro condizione giuridica (STP¹³⁷) come previsto dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni sul documento “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane” e di estendere tale opportunità ai minori comunitari in possesso di codice ENI¹³⁸ o analogo.

¹³⁷ Stranieri non appartenenti all'Unione europea senza permesso di soggiorno (Straniero Temporaneamente Presente – STP).

¹³⁸ Cittadini dell'Unione Europea indigenti, senza TEAM, senza attestazioni di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN (Europei Non Iscritti – ENI).