



## 9. 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, punto 48, lett. e)*

Nell'ambito dell'attuale situazione politica, economica e sociale, in Italia così come in Europa<sup>115</sup>, si va delineando, con sempre maggiore rilevanza, il progressivo aumento del numero di persone di minore età provenienti da Paesi interessati da

guerre e persecuzioni, che si aggiungono ai bambini nati in Italia da genitori migranti o ricongiunti. Ognuna di queste tipologie presenta specifiche vulnerabilità, che necessitano di essere affrontate sia con capacità di analisi, programmazione strategica, efficienza organizzativa e competenza clinico/relazionale, sia con appropriati strumenti di monitoraggio, sensibilizzazione e consapevolezza collettiva<sup>116</sup>. Il tutto nell'ambito di un approccio *bambino-centrico*, che difenda i minori migranti da barriere di tipo normativo, burocratico-amministrativo e socio-culturale, che inesorabilmente mettono a rischio i loro diritti<sup>117</sup>.

La non univoca interpretazione delle normative nazionali a livello locale rappresenta un esempio emblematico di barriere giuridico-legali, che minano la concreta realizzazione dei diritti di **questi minori, che sono prima di tutto e soprattutto bambini, e solo dopo anche migranti. L'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 20 dicembre 2012**<sup>118</sup> avrebbe dovuto rappresentare una risposta a tale criticità, ma in realtà è stato tradotto in provvedimenti attuativi solo in alcune Regioni<sup>119</sup>, lasciando

<sup>115</sup> I numeri sulle migrazioni nel 2015 (Fonte: Dossier Immigrazione IDOS 2015) riportano oltre un milione di persone in fuga "dentro" l'Europa: 1.007.716 persone arrivate via mare secondo l'UNHCR (il 17% donne e il 25% bambini); circa 3.800 morti nel tentativo di attraversare il Mediterraneo (di quasi 800 morti nel mare Egeo, il 25% erano bambini e il 5% aveva meno di due anni). In Italia, nel 2015, sono arrivate 153.842 persone (14% donne, 11% minori) in 934 sbarchi (le persone sbarcate nel 2015 sono il 9% in meno rispetto al 2014); di queste, 103.972 sono state accolte (tra tante polemiche e difficoltà) nelle diverse strutture d'accoglienza italiane. I minori non accompagnati sono circa 11.000 (l'86% ha più di 16 anni). Le domande di protezione internazionale esaminate nel 2015 sono state 66.266 (83% delle domande presentate) e ne sono state accolte il 42% (5% status rifugiato, 15% protezione sussidiaria, 22% motivi umanitari). I minori stranieri sono quasi 1 milione e 100.000 (21,6% del totale dei residenti); di questi, sono stati 814.187 gli iscritti a scuola nell'anno 2014/2015, il 9,2% di tutti gli iscritti, così distribuiti: nel Nord e nel Centro, rispettivamente, il 13,6% e l'11,1%, nel Sud il 3,0% e nelle Isole il 2,9%. Altri dati pubblicati durante il 2015 sono quelli sulle nascite e altri aspetti demografici e sugli indicatori economici (riferiti al 2013 e 2014). Su un totale di 502.596 bambini nati nel 2014, quelli con genitori entrambi stranieri sono stati 75.067, il 14,9% del totale (si noti che il tasso di fecondità delle donne italiane è stato di 1,27 figli – tra i più bassi nel mondo occidentale – contro il 2,2 delle immigrate). A questi vanno aggiunti i minori stranieri irregolari, quindi non

censibili, figli di immigrati senza permesso di soggiorno e/o con permesso di soggiorno scaduto (154.686 permessi di soggiorno scaduti e non rinnovati, +6,2% rispetto al 2013), i Rom non residenti, i bambini profughi non registrati, i minori non accompagnati e i minori stranieri oggetto di tratta ai fini della prostituzione e della microcriminalità. Per quel che riguarda la spesa sanitaria, in dieci anni (2003-2012), i ricoveri ospedalieri ordinari, pur aumentando gli immigrati del 161,5%, sono cresciuti solo del 52,6% e hanno determinato un aumento complessivo dei ricoveri del **2,5%** (calcoli effettuati su dati del Ministero della Salute). Cfr. [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

<sup>116</sup> Marceca, M. – La Placa, S., "Salute Pubblica e Migrazioni", in *Atti del Primer Congreso Ecuatoriano sobre Salud y Migración* (Loja, 25-27 febbraio 2016): [www.saludmigracion.org](http://www.saludmigracion.org).

<sup>117</sup> Da Rioli, R.M. - Sereni, F., "Interventi alla Tavola Rotonda "Prospettive in Pediatria: i problemi del bambino migrante", 5 giugno 2015, nell'ambito del 71° Congresso Italiano di Pediatria, Roma, 4-6 giugno 2015. Per il testo completo dell'intervento, pubblicato in *Prospettive in Pediatria*, 2015, 45/180, pagg. 315-332, si veda: <http://docs.biomedica.net/SIP/pp180/tavr.pdf>

<sup>118</sup> Accordo CSR del 20 dicembre 2012, pubblicato in G.U. n. 32 del 07/02/2013:

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00918/sg>.

<sup>119</sup> Cfr. 6°, 7°, 8° Rapporto CRC (annualità dal 2013 al 2015): [www.gruppocrc.net](http://www.gruppocrc.net).



parzialmente irrisolte soprattutto le criticità nell'ambito dell'accoglienza sanitaria dei migranti e della presa in carico delle persone più fragili, compresi i richiedenti protezione internazionale. Per questi ultimi, l'inclusione a pieno titolo nel Sistema Sanitario Nazionale e la sua effettiva fruibilità richiedono, tra l'altro, **l'esenzione del pagamento del ticket**, fino al momento in cui non siano in grado di sostenere autonomamente la compartecipazione alla spesa. Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 142/2015<sup>120</sup>, si è verificata per i richiedenti asilo una "erronea" interpretazione del Ministero della Salute e di alcune Regioni (e Aziende Sanitarie), che ha ridotto ulteriormente la possibilità di esenzione dal ticket a soli 2 mesi dalla presentazione della domanda di protezione. Questo approccio, oltre a esporre l'Italia a una nuova procedura d'infrazione delle indicazioni europee<sup>121</sup>, preclude l'accesso a un'adeguata assistenza proprio a quelle categorie di **persone portatrici di esigenze particolari** (minori, MSNA, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, persone vittime di tortura, di stupri o grave violenza psicologica, fisica o sessuale, di mutilazioni genitali femminili ecc.), alle quali invece dovrebbero essere assicurate, fin da subito, speciali prestazioni sanitarie. Su questo fronte, da oltre un anno, varie Organizzazioni<sup>122</sup> si stanno impegnando nel chiedere una

ridefinizione dei criteri di esenzione dal ticket, proprio per le fasce di popolazione particolarmente deboli: vale a dire inoccupati stranieri e italiani, minori stranieri non accompagnati (MSNA), minori figli di STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) iscritti al Sistema Sanitario Regionale, ENI (Europei Non Iscritti) in condizione di fragilità sociale, comunitari e non in condizione di protezione sociale, richiedenti protezione internazionale, rifugiati.

Accanto a queste barriere burocratico-legislative per l'accesso ai percorsi assistenziali, ce ne sono altre dovute alla mancata capacità degli operatori di comunicare, di relazionarsi in ambito transculturale, di capire e decodificare percezioni di salute connotate dalla storia precedente alla migrazione e dal percorso migratorio stesso. A tal riguardo, l'utilizzo della **mediazione linguistico-culturale in Sanità**, in un'ottica sia di sistema sia di singoli ambiti, dovrebbe diventare uno strumento operativo e parte integrante nei gruppi di lavoro, facilitando e incrementando l'accesso ai servizi, l'accompagnamento, la presa in carico, e riducendo il *drop out*. Andrebbe inoltre valorizzato il ruolo peculiare della mediazione culturale nell'ambito dei servizi di salute mentale e NPIA. La mancata identificazione di eventuali processi traumatici, subiti prima e durante il viaggio, e di eventi ritraumatizzanti nella

<sup>120</sup> Dal 1° ottobre 2015, chi richiede protezione in Italia può lavorare decorsi 2 mesi dalla presentazione della domanda di asilo. Successivamente, i richiedenti asilo hanno diritto a intraprendere un'attività lavorativa ma, se non hanno reperito alcun lavoro o non sono economicamente autosufficienti, hanno diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Cfr. DL 142 del 18 agosto 2015, pubblicato in G.U. n. 214 del 15/09/2015: [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/09/15/15G00158/sg).

<sup>121</sup> Cfr. Direttiva 2013/33/UE, art. 17, par. 4, per le norme relative all'accoglienza di richiedenti protezione internazionale: il richiedente asilo può essere chiamato a contribuire ai costi per l'assistenza sanitaria solo nella misura in cui egli sia in grado di farvi fronte, ad esempio, perché occupato da un ragionevole periodo di tempo. Per il testo completo della normativa, si veda: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:IT:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:IT:PDF](http://lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:IT:PDF).

<sup>122</sup> ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione), SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati), Fondazione Migrantes, Caritas italiana, ACLI (Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani), FCEI (Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia), Centro Astalli, Amnesty International Italia, ARCI, MSF (Medici Senza Frontiere), Emergency, MEDU (Medici per i Diritti Umani), NAGA Onlus, Focus – Casa dei Diritti Sociali, CIR (Consiglio Italiano per i Rifugiati), Avvocato di strada Onlus e Senzaconfini Onlus hanno inviato al Ministero della Salute una lettera congiunta in cui ricordano gli obblighi posti dalla normativa europea. Cfr. <http://www.asgi.it/notizia/asilo-diritto-salutelettera-associazioni-ministero-salute/>



società di accoglienza – con un possibile incremento dei fattori di rischio psico-fisico – si associa spesso al riscontro di interventi e risorse non sufficientemente adeguati.

Secondo un'attività di monitoraggio svoltasi nel 2015, **il sistema dell'accoglienza in Italia**, così come ad oggi pensato, non funziona: CIE (Centro di Identificazione ed Espulsione), CARA (Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo), CAS (Centro di Accoglienza Straordinaria), Hotspots per migranti, Centri per minori stranieri non accompagnati e, in alcuni casi e per ragioni di emergenza, anche SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) e centri informali non producono inclusione sociale e mantengono gli ospiti, soprattutto i più vulnerabili, in condizione di non raggiungere una propria autonomia<sup>123</sup>. Tale sistema andrebbe ripensato in maniera strutturale, nella definizione dei percorsi e degli standard minimi da garantire ai richiedenti asilo, nella definizione degli spazi di accoglienza e dei rapporti fra istituzioni ed Enti gestori. Occorre porre una particolare attenzione ai requisiti delle strutture di accoglienza, che devono garantire condizioni salubri, e alla qualificazione degli operatori, affinché siano in grado di rilevare eventuali situazioni di disagio psico-fisico o di rischio. Adeguati standard di cura per i rifugiati e i migranti, così come interventi su più livelli (istruzione, occupazione,

sicurezza sociale e abitativa), non solo hanno un notevole impatto sulla salute, ma sono fondamentali per la protezione e la promozione dei diritti umani. Sempre in riferimento ai MSNA, come già sottolineato nel precedente Rapporto, si rende non più procrastinabile la messa in atto a livello territoriale del **“Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati”**<sup>124</sup>, **approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016**<sup>125</sup>, in modo da fornire indicazioni chiare, fattibili e condivise per la valutazione dell'età dei MSNA. L'attuazione di tale protocollo permetterebbe di superare: le criticità tuttora esistenti nella metodologia incentrata sull'aspetto medico-radiologico (RX del polso-mano sinistra), a vantaggio di una valutazione globale multidisciplinare, nella piena consapevolezza che nessuna delle indagini proponibili può dare risposte certe; la variabilità procedurale e la difformità di approccio nei vari territori regionali, attraverso la presentazione di un testo “unitario” sulle modalità operative di tutti gli attori coinvolti, ognuno per propria competenza; la scarsa conoscenza da parte dei vari professionisti coinvolti nell'intero processo di identificazione del presunto minore, attraverso una formazione specifica e un aggiornamento continuo, che permetta di attivare una cooperazione intersettoriale e

<sup>123</sup> LasciateCIEntrare, “Accogliere: la vera emergenza”, Rapporto di monitoraggio della campagna LasciateCIEntrare: <http://www.lasciatecientrare.it/j25/italia/news-italia/192-25-febbraio-2016-accogliere-la-vera-emergenza-rapporto-di-monitoraggio-della-campagnalasciatecientrare-su-accoglienza-detenzione-amministrativa-e-rimpatriforzati>. Per approfondimenti, si veda oltre il cap. VII, par. “Minori stranieri non accompagnati” del presente Rapporto.

<sup>124</sup> A cura del Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi sanitari” (del Coordinamento Commissione Salute della Conferenza delle Regioni) e alla presenza del Ministero della Salute (DG Prevenzione Sanitaria), del Ministero dell'Interno (DC dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere, DG per le Politiche dell'immigrazione e dell'asilo, Dipartimento P.S.), del

Ministero della Giustizia (DG per l'Attuazione dei provvedimenti giudiziari), del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con la collaborazione di *stakeholders* (SIMM, INMP, GNLBI-SIP, FIMP, UNHCR, Save the Children) e l'avviso favorevole dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. Cfr. [http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Tavolo%20interregionale%20Immigrati%20e%20Servizi%20sanitari\\_febbraio\\_2015.pdf](http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Tavolo%20interregionale%20Immigrati%20e%20Servizi%20sanitari_febbraio_2015.pdf)

<sup>125</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, prot. n. 983/CR, del 26 febbraio 2016: <http://www.regioni.it/conferenze/2016/02/26/03032016-ordine-del-giorno-conferenza-regioni-e-province-autonome-446189>.



interdisciplinare con l'obiettivo comune di tutelare i minori. La salute dei migranti, in particolare se minori, si configura come un aspetto rilevante ed estremamente complesso per la **Sanità pubblica**, che implica la promozione "personalizzata" della cura, attuata mediante la possibilità di garantire un'integrazione "verso l'alto" (ovvero verso comportamenti più salutari, come nel caso della prevenzione). L'assenza, invece, di una personalizzazione nel processo di presa in carico delle problematiche psico-fisiche, in particolare per molti comportamenti a rischio, ha condotto a una cosiddetta integrazione "verso il basso" (ovvero un'integrazione dove i migranti tendono a condividere le "cattive abitudini" delle fasce più basse della popolazione italiana)<sup>126</sup>. Una più attenta *governance istituzionale* dei percorsi di tutela risulta assolutamente necessaria per costruire una società che sappia coniugare accoglienza e sicurezza, solidarietà e giustizia, equità e salute. Nell'attesa, si continua a promuovere una strategia alternativa che, attraverso gli ordini professionali, le associazioni di categoria, le società scientifiche, possa tutelare il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria degli stranieri e promuovere, in maniera capillare, la corretta applicazione della normativa, implementando la competenza culturale degli operatori sanitari nei confronti dell'utenza migrante, all'interno dei servizi territoriali, degli ambulatori e delle aziende ospedaliere.

Pertanto il **Gruppo CRC** raccomanda:

1. Al **Ministero della Salute**, in merito all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 255 del 20 dicembre 2012, di emanare indicazioni operative al fine di rendere finalmente possibile e uniforme nelle Regioni l'iscrizione al SSR di tutti i minori – indipendentemente dalla loro condizione amministrativa – e, in particolare, dei minori in condizioni di vulnerabilità (STP ed ENI). Si raccomanda, inoltre, l'individuazione di un codice unico di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria nazionale per i richiedenti protezione internazionale e l'attuazione immediata di quanto previsto dall'art. 17, comma 4, della Direttiva 2013/33/UE del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale;
2. Al **Ministero dell'Interno** di dare piena attuazione a quanto previsto dagli artt. 19, 20, 21 del D.Lgs. 142/2015, ribadendo in tal modo la necessità di rendere operativa l'Intesa Stato-Regioni n. 77/ CV del 10 luglio 2014, con un'attenzione particolare ai MSNA e, tra questi, alla componente più a rischio rappresentata dagli irreperibili e dai minori in transito;
3. Al **Ministero dell'Interno**, al **Ministero della Giustizia**, al **Ministero della Salute e alle Regioni e Province Autonome** di dare piena attuazione, anche attraverso specifiche indicazioni operative valide su tutto il territorio nazionale, al Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni.

<sup>126</sup> ISS – Univ. "Ca' Foscari" di Venezia, "Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio,