SALUTE E ASSISTENZA

1. SALUTE E SERVIZI

g) Accesso ai servizi sanitari per minori stranieri

48. Il Comitato raccomanda che lo Stato parte 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)

Il **profilo di salute** dei minori stranieri è condizionato da molteplici fattori ed eventi, che li interessano congiuntamente ai loro genitori o che sono specifici della loro condizione di minori. Li possiamo oggi definire «determinanti sociali»[107], e comprendono tra gli altri la possibilità di avvenuta esposizione nel paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; al momento dell'arrivo nel paese ospite, la capacità di accoglienza della società – condizionata dallo status giuridico – e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali[108]. L'essere soli, ricongiunti in rapporto all'età, nati in Italia, adottati o figli di irregolari condizionerà significativamente il loro profilo di salute e le possibilità di intervento.

Un **approccio pluridimensionale** alla promozione della salute dei minori immigrati non può quindi ignorare da una parte politiche attive di inclusione sociale, dall'altra l'elemento della «permeabilità» dei servizi, come questioni determinanti per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle diseguaglianze. In una recente risoluzione del Parlamento Europeo si sottolinea, in tal senso, che «le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria»; e per questo si invitano gli Stati membri «ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario», e in particolare «a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano»[109].

In Italia, a fronte di un progressivo invecchiamento della popolazione, i residenti stranieri sono una popolazione giovane, al cui interno i **minori, tra nati**

107 Dal 2008, con l'uscita del Rapporto *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, l'attenzione della comunità scientifica internazionale si è spostata su quello che può essere definito un nuovo paradigma della sanità pubblica e cioè la ricerca delle «cause delle cause» che inducono disuguaglianze sanitarie e producono malattie: sono i «determinanti sociali», distali rispetto alle condizioni patologiche, sui quali è necessario agire per migliorare la salute nei Paesi poveri come in quelli ricchi. Un ambito di rischio nei Paesi occidentali è quello di essere immigrato, in particolare se minore. http://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/01/csdh_closing_the_gap.pdf

108 Geraci S., El Hamad I., *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in «Italian Journal of Pubblic Health». Year 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl.3; S14:S20.

109 Risoluzione del Parlamento Europeo 8 marzo 2011 «Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea» (2010/2089; (INI))

sul posto e ricongiunti, incidono per oltre un quinto (il 21,7% rispetto al 16,9% registrato tra l'insieme dei residenti). In virtù di un aumento annuale che supera le 60mila unità, alla fine del 2010 i residenti stranieri sono risultati essere quasi un milione (993.238); il che equivale a dire che un minore su 10 in Italia è un cittadino straniero. Tra essi prevalgono, sempre più nettamente, le seconde generazioni, ovvero i figli di immigrati nati direttamente sul territorio italiano. Solo nel corso del 2010 sono 78.082 (+1,3% rispetto al 2009) i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri (il 13,9% delle nascite registrate nel Paese): un numero che porta a 650.802, al lordo delle acquisizioni di cittadinanza italiana e dei trasferimenti all'estero registrati nel 2010, i minori non immigrati ma stranieri (solo) sul piano giuridico[110].

A fronte di una popolazione in crescita che, realisticamente, rappresenta il futuro dell'Italia, la risposta della **politica** è incerta. A livello **nazionale** è ancora in forse una riforma della Legge sulla cittadinanza e in ambito sanitario il tema della salute degli immigrati è stato ignorato nell'ultimo Piano sanitario nazionale. Inoltre, proposte specifiche di politiche sanitarie migliorative espresse da rappresentative società scientifiche[111] non sono state prese in considerazione. In ambito **locale**, con il progressivo decentramento amministrativo, particolarmente avanzato nel campo della sanità, si registra una forte disomogeneità anche nell'applicazione delle normative nazionali in ambito di accessibilità dei servizi sanitari da parte dei minori stranieri e delle loro famiglie, cosa che si ripercuote sulle loro condizioni di salute[112]. Le Regioni e le Province autonome riservano a questo tema un'attenzione differenziata e spesso di carattere limitato: la metà delle realtà locali, infatti, non presenta nessun focus specifico nei propri atti normativi o si accontenta di pochi cenni in riferimento ai temi della prevenzione, promozione e tutela della salute materno-infantile. Al contrario, l'Emilia-Romagna, le Marche, la Puglia, la Sardegna, la Toscana e la Provincia autonoma di Trento attribuiscono una particolare rilevanza a quest'ambito e l'affrontano in maniera approfondita, attraverso sezioni dedicate all'interno dei documenti di programmazione sanitaria o progettualità specifiche. In queste Regioni vengono promossi interventi volti alla tutela della maternità, con l'indicazione di espedienti organizzativi che facilitino l'accesso delle donne straniere al «percorso nascita», come la produzione di materiale multilingue sui temi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio, l'utilizzo di mediatrici culturali che permettano alle donne migranti una migliore fruizione in particolare dei servizi consultoriali e la sensibilizzazione degli operatori sugli aspetti culturali relativi alla nascita e alla cura dei figli[113].

La conseguenza di politiche nazionali incerte e di politiche locali disomogenee, sono le **disuguaglianze nell'accesso** ai servizi da parte dei minori stranieri e delle loro famiglie. In particolare sulla nascita si sono concentrati i maggiori studi e in tutti si evidenziano **esiti peggiori** tra gli stranieri: prevalenza di nati pretermine, di nati con basso peso e di punteggio Apgar a 5 inferiore a 8 (indice di sofferenza neonatale)[114] e anche un eccesso di natimortalità[115]. L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) evidenzia come la maggior parte dei ricoveri ordinari pediatrici (0-14 anni) si verifichino nella classe di età al di sotto dei 5 anni (come per altro anche tra i minori italiani) e siano l'8,9% sul totale dei ricoveri pediatrici per minori con i genitori provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) regolarmente residenti, e lo 0,7% per i non residenti (presumibilmente figli di immigrati irregolari). Interessante l'evidenza di come il peso medio dei DRG (cioè l'onere relativo sia in termini di costi che di impegno clinico per ciascun DRG, proporzionale alla remunerazione corrisposta) nei minori stranieri non residenti sia significativamente più alto rispetto ai minori italiani e agli stranieri residenti: 1,07 versus rispettivamente 0,71 e 0,73. Anche la durata media di degenza è quasi doppia:

110 Dati Istat/Idos pubblicati sul Manuale *Comunicare l'immigrazione*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2012.
111 Si vedano i documenti della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM: www.simmweb.it); della Società Italiana di Pediatria (SIP) con il Gruppo di lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI: www.glnbi.org); dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP).
112 http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf

113 Geraci S., Bonciani M., *Normativa sull'assistenza in gravidanza e nel puerperio per le straniere*, in «Rapporti Istisan» 11/12: *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009* (a cura di Lauria L. e Andreozzi S.), Roma, 2011, 48:62.
114 Lauria L., Andreozzi S. (a cura di): *Percorso nascita e immigrazione in Italia*, op. cit.
115 http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/3-2009_salute_immigrati.pdf

8,5 giorni rispetto ai 4,7 degli italiani e 5,7 degli stranieri residenti[116]. Tutto ciò fa presupporre che le condizioni di salute per i minori figli di immigrati irregolari e in condizione di incertezza giuridica (STP ed ENI[117]) siano più gravi all'atto del ricovero e il trattamento più complesso. Un progetto della Regione Lombardia ancora in corso, i cui risultati saranno dunque da confermare, ha tuttavia fatto già emergere un tasso di accesso dei minori migranti ai servizi di neuropsichiatria infantile per disturbi di linguaggio, di apprendimento o di comportamento che è quasi il doppio rispetto alle attese[118].

Supportato da queste evidenze, il **Tavolo interregionale** «Immigrati e Servizi Sanitari», coordinato dall'«Osservatorio sulle Disuguaglianze sulla Salute» della Regione Marche, nel documento «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane», recepito all'unanimità dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, ha previsto, tra l'altro, l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale dei «minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno»[119]. Tali indicazioni sono state trasmesse al Ministero della Salute, che ha partecipato ai lavori del Tavolo, per renderle operative (eventualmente con un passaggio in Conferenza Stato-Regioni). Allo stato attuale, nonostante la determinazione del Tavolo interregionale, sono da segnalare ritardi e incertezze nel procedere.

Anche i medici impegnati nell'assistenza agli immigrati e i pediatri italiani con le loro maggiori organizzazioni stanno chiedendo, da alcuni anni, interventi a favore della famiglia immigrata, delle donne straniere e dei loro bambini per favorire salute, sana crescita psicologica e adeguato inserimento nella società italiana[120]: «Una delle necessità psichiche fondamentali durante l'età evolutiva è quella della stabilità. I bambini hanno bisogno di sapere di avere un luogo e un tempo sicuri in cui crescere e progettare il proprio futuro[121]. Politiche migratorie che tengano le famiglie in condizioni di precarietà, ad esempio con permessi di soggiorno a cadenza annuale o biennale, che comportano nei bambini un'incertezza anche riguardo alla possibilità di poter continuare il loro percorso scolastico nell'anno successivo, sono potenzialmente assai nocive sia per la crescita psicologica che per il senso di appartenenza sociale di quelli che saranno gli italiani di domani»[122].

Il Gruppo CRC raccomanda pertanto:

1. Al **Ministero della Salute** di recepire quanto gli operatori di settore ed i tecnici delle Regioni propongono e cioè prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN, o almeno garantire il Pediatra di libera scelta e il Medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica;

2. Al **Ministero dell'Interno** di recepire quanto gli operatori di settore propongono e cioè di prevedere un prolungamento del Permesso di Soggiorno per gravidanza, attualmente rilasciato per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, a 12 mesi, con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro;

3. Al **Governo Italiano** di rileggere e modificare la normativa nazionale sull'immigrazione in un'ottica che favorisca il ricongiungimento familiare e più in generale i percorsi di inclusione delle famiglie straniere (politiche abitative, educative, lavorative, sociali, ecc.). Tale rilettura appare necessaria anche alla luce dell'impegno deciso dal Parlamento Europeo

116 Fonte: Ministero della salute/Agenas; elaborazioni a cura dell'Osservatorio Diseguaglianze della Regione Marche, dati anno 2009.
117 STP: Straniero Temporaneamente Presente. E' il codice sanitario attribuito allo straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno. ENI: Europeo non iscritto. E' il codice sanitario identificativo attribuito al cittadino comunitario in condizione di fragilità sociale e privo di altra copertura sanitaria.
118 Mazzoni R., Pizzinato G., Dal Lago B.: *Migrazione e disagio psichico nell'età evolutiva e nell'adulto*, in press.
119 http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download/diseguaglianze/Documento-on%20line.pdf
120 Cataldo F., Geraci S., Sisto M.R.: *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie*. in «Medico e bambino», 5/2011; 306:310.
121 In quest'ottica andrebbe rivisitato anche l'art. 31 del Testo Unico sull'immigrazione, in cui il Tribunale per i Minorenni, nell'esclusivo interesse del bambino, autorizza il genitore straniero irregolare a risiedere temporaneamente in Italia. Tale norma però prevede, per il minore e la sua famiglia che nel frattempo ha avviato un processo di inserimento e di integrazione socio-culturale, di dover affrontare un vero e proprio procedimento di espulsione, al termine del tempo stabilito.
122 http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/4-11-documento_finale_SIMM-GLNBI_SIP_2010.pdf

sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE (2010/2089(INI)).