

✘ Salvatore Geraci

All'inizio di luglio 2013 la Regione Lombardia ha bocciato la proposta di estendere il pediatra anche ai figli di immigrati irregolari. Ciò ha prodotto una vasta polemica che ha fatto emergere una grande ignoranza sui temi specifici, sia in ambito normativo che scientifico-organizzativo.

In questo primo semestre del 2013 il minore straniero è entrato nel dibattito nazionale per una serie di eventi politici e tecnici: da una parte il confronto sulla cittadinanza e, dall'altra, in ambito sanitario, il dovere di iscrizione al SSN dei figli di irregolari. Il primo ha innestato un dibattito politico acceso, con parti fortemente contrastanti, ideologicamente determinato ma, a nostro avviso, ingiustificato vista l'assoluta "necessità" di avere dei "nuovi italiani" e dei futuri cittadini pienamente inseriti; la seconda ha fatto emergere la volontà di contrapposizione politica anche su fatti apparentemente scontati (tutelare la salute di ogni bambino). **All'inizio di luglio 2013 la Regione Lombardia ha bocciato la proposta (che, in realtà, proposta non è, visto che c'è un Accordo recepito e pubblicato in Gazzetta della Repubblica[1]) di estendere il pediatra anche ai figli di immigrati irregolari.** Ciò ha prodotto una vasta polemica che ha fatto emergere una grande ignoranza sui temi specifici sia in ambito normativo (ritorna in auge la volontà di denunciare gli immigrati ritenendo ciò, sbagliando, possibile) e scientifico-organizzativo (la tutela della salute dei più piccoli relegata al pronto soccorso degli ospedali). E' chiaro che la demagogia aspetta assist politici (in questo caso la mozione presentata in Regione Lombardia dal centro sinistra[2]) per esprimere il "meglio" di se stessa. Spiace sentire dichiarazioni pretestuose e false sulla pelle dei più piccoli rilasciate anche da medici con incarichi istituzionali[3] che in *scienza e coscienza* hanno il dovere di non escludere alcuno.

La salute

Il profilo di salute dei minori stranieri è condizionato da molteplici fattori ed eventi che li interessano congiuntamente ai loro genitori o specifici per la loro condizione di minore. Tra gli altri ricordiamo 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; e, 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. L'essere soli, ricongiunti in rapporto all'età, nati in Italia, adottati o figli di irregolari condiziona significativamente il loro profilo di salute e le possibilità di intervento[4].

La letteratura internazionale[5] e nazionale[6] ha concentrato i propri studi in particolare sulla nascita ed in tutti si evidenziano esiti peggiori tra gli stranieri[7]: maggiore prevalenza di nati pretermine tra le straniere, di nati con basso peso[8] e di punteggio Apgar a cinque minuti inferiore a 8[9] ed anche un eccesso di natimortalità. Proprio da analisi in questo settore[10](di cui abbiamo un monitoraggio certo e diffuso), si evidenzia, da una parte un graduale avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale tra stranieri ed italiani nel complesso (segno di politiche che progressivamente producono inclusione), e dall'altra persistenti disuguaglianze tra popolazioni di riferimento "di partenza", in particolare per coloro che provengono da alcune nazioni africane ed asiatiche, e per aree geografiche "di arrivo": **sono i residenti nel Sud e nelle Isole a presentare uno svantaggio rispetto alla situazione nazionale, segno evidente di un difficoltoso percorso di insediamento tra le famiglie immigrate specialmente nell'area del Mezzogiorno, in cui gli stessi italiani risultano, nel confronto con le altre regioni, ancora penalizzati per mortalità infantile e neo-natale.**

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) evidenzia come la maggior parte dei ricoveri ordinari pediatrici (0-14 anni) si verificano nella classe di età al di sotto dei 5 anni (come per altro anche tra i minori italiani) e sono 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 dell'impegno assistenziale (e del costo) del ricovero nei minori stranieri non residenti sia significativamente più alto rispetto ai minori italiani ed agli stranieri residenti: 1,07 versus rispettivamente 0,71 e 0,73. Anche la durata media di degenza è quasi doppia: 8,5 giorni rispetto ai 4,7 giorni degli italiani e 5,7 degli stranieri residenti[11]. Tutto ciò fa presupporre come le condizioni di salute per i minori figli di immigrati irregolari o con incertezza giuridica (STP ed ENI[12])

siano già gravi all'atto del ricovero ed il trattamento più complesso. Infine una vasta indagine dell'Istat evidenzia, ad esempio, come i minori presenti in Italia nati in paesi non europei, hanno minore probabilità di sottoporsi ad una visita specialistica così come i minori privi della cittadinanza italiana anche se sono nati e cresciuti in Italia[13].

La tutela

I dati presentati evidenziano il ruolo determinante delle politiche di accoglienza, integrazione ed inserimento sociale. Sono esse che agiscono direttamente su quei "determinanti sociali" che sappiamo condizionare in modo significativo la salute del minore straniero (e chiaramente anche italiano). Rimandando ad altri testi un eventuale approfondimento[14], non deve sorprendere come da tempo le maggiori società scientifiche[15] che si occupano della salute degli immigrati e specificatamente dei minori stranieri, abbiano fatto proposte che spesso esulavano di specifici interventi sanitari. La salute deve essere tutelata in "tutte le politiche" e quindi sono comprensibili le strette alleanze tra mondo scientifico e società civile nel promuovere proposte ed attenzioni[16]. Nello specifico ambito del diritto alla tutela sanitaria dell'immigrato e del minore in particolare, l'Italia si è dotata da tempo di una normativa inclusiva ed equa seppur con diversa applicazione in ambito locale[17]. Per uniformare l'applicazione in tutto il territorio nazionale, per dare quindi una interpretazione condivisa e garantire un diffuso ed equo accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di tutti gli immigrati presenti in Italia ed in particolare dei minori, dopo un lungo ed intenso lavoro preparatorio, il 20 dicembre 2012, **la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato un Accordo[18] che, tra l'altro, prevede l'iscrizione al SSN e l'assegnazione del pediatra di libera scelta anche ai minori con i genitori in condizioni di irregolarità giuridica[19]**. Questo atto completerebbe la visione inclusiva delle norme che già prevedono per i minori stranieri con i genitori presenti regolarmente, i minori non accompagnati, i neonati figli di irregolari per i primi 6 mesi di vita, l'iscrizione al SSN. Prima dell'approvazione dell'Accordo solo 6 ambiti territoriali prevedevano una copertura sanitaria anche per questa tipologia di minori:

Toscana: ciò avveniva già da tempo in maniera "discrezionale" in varie Aziende Sanitarie Locali (ASL). Con Delibera 120 del 20.02.2012 la Regione stabilisce l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR) del minore indipendentemente della presenza del pds (permesso di soggiorno) del genitore.

Umbria: tutti i minori STP (come gli adulti) possono scegliere il pediatra (e anche il medico di medicina generale - mmg) del SSR direttamente con il codice STP.

Puglia: anche se con atti contraddittori (prima viene stabilito l'obbligo all'iscrizione al SSR dei minori STP - Legge Regionale - L.R. - 10 luglio 2006, n. 19, successivamente viene garantito il pediatra di libera scelta ma non l'iscrizione - L.R. 4 dicembre 2009, n. 32), i minori STP ed ENI possono accedere al pediatra di libera scelta ed al mmg.

Friuli Venezia Giulia: una vecchia delibera (340 del 2007) mai ritirata, prevede la possibilità ai pediatri di libera scelta di visitare minori STP fino a 14 anni, è scarsamente applicata.

Provincia Autonoma di Trento: tutti i minori STP (come gli adulti) possono scegliere il pediatra (e anche mmg) del SSR direttamente con il codice STP, non è una iscrizione al SSR ma esiste una copertura completa.

Molise: il documento istruttorio della Deliberazione Regionale 1302 del 30 dicembre 2009, fa intendere la presa "in cura dei piccoli figli di immigrati irregolari" da parte dei "pediatri di base" per "obbligo deontologico".

L'Accordo ha il merito di avere dato "l'interpretazione autentica" della normativa in essere; non ha infatti aggiunto nessuna nuova norma, compresa quella del pediatra per i minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno che deriva direttamente dalla ratifica italiana della Convenzione per i diritti del fanciullo[20]. L'analisi che ha convinto tutte le Regioni e Province Autonome ad approvare il documento in seno di Commissione salute della Conferenza delle Regioni (settembre 2011), il Ministero della salute a proporla per un Accordo (ottobre 2012) e congiuntamente con tutte le Regioni ad approvarla (dicembre 2012), parte dai dati sopra esposti. Sono evidenti le disuguaglianze nell'accesso e nella salute dei minori immigrati, in particolare quelli con i genitori temporaneamente non in regola con il soggiorno, in parte colmabili garantendo il percorso organizzativo più efficace e di prossimità quale quello del pediatra di libera scelta. La scelta ha certamente una valenza etica non discriminatoria e di equità, ma anche un calcolo economico che assicura la sostenibilità: trasferire le domande inappropriate dal pronto soccorso al pediatra, riuscire a prevenire il numero di ricoveri impropri, ridurre comunque i tempi di degenza con la certezza di una adeguata continuità assistenziale, sono argomenti sufficienti per giustificare tale impostazione.

Ad oggi (10 luglio 2013)[21] solo le Regioni Lazio, Puglia, Campania, Calabria, Liguria, Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento hanno formalmente ratificato l'Accordo ma non introducendo, al momento, alcuna significativa novità. In particolare si evidenzia purtroppo proprio la lentezza e l'indecisione[22] sull'aspetto dell'iscrizione al SSR dei minori, figli di immigrati senza

permesso di soggiorno. In questa dinamica, in cui si nota anche **silenzio di un Ministero della salute che ha gli strumenti per porre fine all'indecisione diffusa**, si innesta la polemica lombarda[23], di cui, sinceramente, non ne sentivamo il bisogno!

Salvatore Geraci, Past President Società Italiana di medicina delle Migrazioni.

Bibliografia

1. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «[Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome](#)». (Rep. Atti n. 255/CSR). (13A00918) (GU Serie Generale n.32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9)
2. [Mozione 000070](#) [PDF: 65 Kb]. Milano, 26 giugno 2013
3. Sui quotidiani sono apparse delle dichiarazioni ma si attende la pubblicazione del verbale della seduta del 2 luglio 2013. Regione Lombardia: [resoconti integrali anno 2013](#)
4. Si veda ad esempio: [Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie](#). Medico e bambino 2011; 5
5. Angela Spinelli e Giovanni Baglio. [Le donne immigrate e la maternità: una scommessa di civiltà per l'Italia e per l'Europa](#). Salute Internazionale, 03.12.2009
6. Cacciani L, et al. [Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy](#). BMC Public Health 2011; 11:294
7. Geraci S, Marceca M, Baglio G, (a cura di). Sistema sanitario e immigrazione. Il caso delle donne e dei minori. In "Il Lazio nel mondo. Immigrazione ed Emigrazione". Secondo Rapporto, Idos, Roma, 2013
8. È interessante come in recenti studi effettuati a Roma nel più grande ospedale italiano (Policlinico Umberto I) si evidenzi come questo rischio accomuni bambini nati da straniere provenienti da alcune aree dell'Africa e bambini italiani riconosciuti solo dalla madre (De Curtis M, Lucchini R; 2013)
9. Lauria L, Andreozzi S. (a cura di). Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009. Roma: Rapporto Istisan 11/12, 2011.
10. Nei rapporti Osservasalute è possibile trovare dati esaustivi in particolare sui temi della salute degli immigrati, sulle nascite da genitori stranieri e sulla mortalità infantile e neonatale. Dal 2005: [rapporti annuali](#).
11. Ministero della salute/Agenas; elaborazioni a cura dell'Osservatorio Diseguaglianze della Regione Marche.

12. STP: Straniero Temporaneamente Presente. È il codice sanitario attribuito allo straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno.
ENI: Europeo non iscritto. È il codice sanitario identificativo attribuito al cittadino comunitario in condizione di fragilità sociale e privo di altra copertura sanitaria.
13. Istat Rapporto: Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005. Pubblicata 11 dicembre 2008
14. Marco Mazzetti. [Scuola e salute: di quali leggi abbiamo bisogno](#). Salute Internazionale, 19.04.2010
15. Si vedano gli [Appelli](#) della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, della Società Italiana di Pediatria e del suo Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato, della Associazione Culturale Pediatri, della Federazione Italiana Medici Pediatri: [Appelli](#).
16. In particolare si vedano i rapporti del Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) che è un network attualmente composto da 85 soggetti del Terzo Settore che da tempo si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ed è coordinato da Save the Children Italia. Ultimo Rapporto: [6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2012-2013](#) [PDF: 1,9 Mb]
17. Caritas Diocesana di Roma. Salvatore Geraci, Manila Bonciani e Barbara Martinelli. [La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali](#) [PDF: 1,8 Mb]. Aggiornamento luglio 2010. Quaderni di InformaArea, n. 7, giugno/luglio 2010
18. Stato Ragioni: [documenti](#) [PDF: 6 Mb]
19. Salvatore Geraci. [Nessuno sia escluso](#). Salute Internazionale, 09.01.2013
20. Commissione parlamentare per l'infanzia. Legge 27 maggio 1991, n. 176. [Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo](#). New York, 20 novembre 1989
21. Sul sito www.simmweb.it è possibile seguire il monitoraggio sul recepimento dell'accordo da parte delle Regioni e sull'attuazione dello stesso.
22. Le Regioni aspettano indicazioni nazionali che al momento non sono state date nonostante un lavoro congiunto con l'Agenzia delle Entrate; e poi c'è il nodo irrisolto dei minori comunitari in condizioni di fragilità sociale (ENI), non espressamente citati in Accordo ma che certamente non possono avere un trattamento discriminatorio rispetto ai non comunitari.
23. [Lombardia : negato il diritto al pediatra di base ai bambini stranieri senza documenti dopo i sei mesi di vita](#). Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, 03.07.2013