FONDAZIONE ISMU
INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

La salute dei richiedenti asilo e dei minori stranieri non accompagnati: quali bisogni e quali tutele

di Veronica Merotta

Novembre 2015

La salute dei richiedenti asilo e dei minori stranieri non accompagnati: quali bisogni e quali tutele

di Veronica Merotta

Di seguito viene presentato il profilo di salute di due categorie della popolazione migrante considerate particolarmente vulnerabili per ragioni legate allo *status* giuridico di cui sono portatrici, a cavallo tra la legalità e l'illegalità, i cui diritti e doveri costituiscono una cornice nebulosa: richiedenti asilo, rifugiati e profughi; e minori stranieri non accompagnati. Nella consapevolezza di non rappresentare con queste due categorie di immigrati l'intero panorama della fragilità sociale, la scelta di focalizzarsi su due specifiche categorie è dettata principalmente dalla novità dell'argomento per il settore Salute e welfare della Fondazione ISMU, sulle quali non si è mai speso, ma anche per ragioni legate alla centralità della cosiddetta "emergenza profughi" nel dibattito pubblico e nelle agende politiche internazionali.

L'approfondimento per ognuno dei casi verrà introdotto da brevi cenni normativi, a cui seguirà la descrizione del funzionamento del sistema di accoglienza e di cura che li riguarda, e delle loro specificità di salute.

Sarà la salute in senso lato ad essere presa in considerazione, intesa non come assistenza sanitaria, ma come elemento essenziale di vita, legata quindi indissolubilmente ad altri elementi altrettanto essenziali, come l'alimentazione, l'educazione e la sicurezza sociale, perché "la salute individuale è essenziale al godimento dei diritti umani, è requisito indispensabile per la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica" (Abbondanti, 2013).

In Italia, l'art. 32 della Costituzione garantisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'*individuo* e impone che non vi siano discriminazioni alcune, neppure per motivi legati alla cittadinanza. Con riferimento agli immigrati, questo principio trova applicazione non solo in quelli regolarmente soggiornanti (inclusi i rifugiati), ma anche nei richiedenti asilo e negli stranieri irregolari, e in tutte quelle categorie giuridicamente non in regola, alle quali sono garantite cure urgenti ed essenziali oltre che ambulatoriali e continuative, laddove necessario. Inoltre, l'assistenza sanitaria è altresì garantita ai familiari a carico, regolarmente soggiornanti[1].

1. Richiedenti asilo e rifugiati

Una piccola premessa lessicale è doverosa, per meglio comprendere le successive descrizioni.

Rifugiato è colui che "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o opinioni politi-

[1] Art. 34, D.Lgs. 286/1998 e Regolamento di attuazione D.P.R. 394/1999.

che, si trova fuori dal Paese di cui ha la cittadinanza, e non può o non vuole, a causa di tale timore, avvalersi della protezione di tale Paese" (Convenzione di Ginevra 1951).

Richiedente asilo è colui che, avendo lasciato il proprio Paese, chiede il riconoscimento dello status di rifugiato o altre forme di protezione internazionale e finché le autorità preposte del Paese[2] non prendono una decisione definitiva rispetto alla sua condizione, è un richiedente asilo.

Profugo, infine, è colui che lascia il proprio Paese a causa di guerre, invasioni, rivolte o catastrofi naturali e spesso coincide con il richiedente asilo, perché è molto probabile che il primo percorso di regolarizzazione che proverà a percorre, sia la richiesta di un permesso di soggiorno per protezione.

1.1 Cenni normativi: quali diritti

In Italia manca una normativa che regolamenti attraverso definizioni univoche, chi sono i rifugiati e chi sono i richiedenti protezione internazionale e manca una chiara definizione delle procedure che riconoscano lo *status* e modalità di accoglienza e di integrazione. Attraverso il recepimento della Convenzione delle Nazioni Unite relativa allo status di rifugiato del 1951 (con legge n. 722/1954), l'Italia assicura loro pari trattamento ai propri cittadini, sebbene non definisca, in parallelo, il diritto alla salute o all'assistenza sanitaria e i servizi di cui il rifugiato possa fare richiesta. Bisogna aspettare i primi anni del nuovo millennio perché l'Italia si spenda maggiormente sul tema, recependo le indicazioni UE volte a far inserire nei Paesi Membri un'assistenza sanitaria che preveda almeno prestazioni di Pronto soccorso e di trattamento essenziale delle malattie per i richiedenti asilo, e un'offerta minima di prestazioni sanitarie[3].

Con l'introduzione di una normativa *ad hoc* finalizzata a regolamentare la materia dell'immigrazione[4] è stata introdotta la tutela formale anche per richiedenti asilo e rifugiati. Ai primi, i *richiedenti asilo*, spettano le cure urgenti ed essenziali previste per chi è privo di regolare permesso di soggiorno ed è prevista l'esenzione del ticket per i primi sei mesi dalla richiesta di protezione durante i quali sono paragonati ai disoccupati. Dal sesto mese in poi, avendo la possibilità di lavorare, hanno gli stessi diritti e doveri degli italiani, ovvero compartecipano alla spesa sanitaria attraverso il pagamento del ticket e possono richiedere esenzioni, per mancanza di reddito, al pari dei disoccupati. L'iscrizione obbligatoria al SSN copre anche il periodo dell'eventuale ricorso

[2] In Italia tale istituzione è la Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato.
[3] Direttive europee 2003/9/CE e 2004/83/CE. Le Direttive hanno lo scopo di fornire raccomandazioni sul tema della salute, poiché non hanno competenza di entrare nei meccanismi attuati e gestionali.
[4] *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* – D. Lgs 286/1998. Regolamento attuativo del Testo Unico (D.P.R. 394/1999). Circolare n. 5 del Ministero della Sanità *Indicazioni applicative del D. Lgs 25 luglio 1998 n. 286 e norme sulla condizione dello straniero – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.*

contro il rifiuto a conclusione dell'iter procedurale giudiziale previsto per il rilascio del permesso di soggiorno per ragioni umanitarie.

Ai secondi, i *rifugiati*, è riservato pari trattamento di cure sanitarie previsto per italiani e immigrati regolarmente soggiornanti, perché anch'essi titolari di un regolare permesso di soggiorno (per rifugiati). Pertanto hanno pari diritti e doveri, di accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e di compartecipazione alla spesa e di esenzioni.

Dal punto di vista operativo, la gestione della tutela della salute dei rifugiati è affidata completamente al SSN, attraverso i Servizi Sanitari Regionali (SSR).

Per i richiedenti asilo l'assistenza sanitaria è offerta in più momenti del suo percorso di riconoscimento: un primo momento, sul luogo in cui vengono individuati, in un secondo momento, attraverso i Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA)[5], ed infine, presso le strutture del territorio in cui vengono smistati, attraverso i servizi offerti dalle istituzioni locali. I CARA sono strutture nelle quali i richiedenti asilo vengono inviati e ospitati per un periodo variabile, normalmente il minimo indispensabile per consentire l'identificazione o la definizione della procedura di riconoscimento dello *status* di rifugiato. Qui, le prestazioni e i servizi assicurati dalle convenzioni sono: assistenza (vitto, alloggio, , ecc.); assistenza socio-sanitaria; assistenza psico-sociale; mediazione linguistico-culturale; ristorazione; servizio di pulizia e igiene ambientale.

1.2 Cenni operativi: quali bisogni e quali risposte

La cosiddetta "Emergenza Nord Africa" scattata nel 2011 come conseguenza del crollo delle dittature e all'intensificarsi di guerre civili, ha portato la questione dei profughi e quindi dei richiedenti asilo, in cima alle agende politiche dei governi. Dal punto di vista della salute, l'attenzione è stata posta principalmente sui rischi che l'immigrazione di massa poteva comportare per la salute collettiva, mentre poca considerazione è stata data alla necessità di fornire loro servizi adeguati ai bisogni, o alla necessità di istituire un apparato strutturato di assistenza.

Dal punto di vista della comunicazione pubblica, negli ultimi anni si è parlato molto dell'emergenza profughi sbarcati sulle coste dell'Italia meridionale con toni mediatici allarmistici, ponendo l'accento sui rischi sanitari che la presenza di una immigrazione di massa avrebbe comportato. Numerose testate italiane, proprio in riferimento ai grandi sbarchi hanno contribuito alla diffusione di allarmismi per il rischio di epidemie, un'onda cavalcata anche dai politici. Da un monitoraggio delle testate italiane svolta dall'Associazione Carta di Roma, è emerso che tra aprile e settembre 2014 la maggior parte delle notizie sul tema delle migrazione ha riguardato l'aspetto sanitario: il 67% degli articoli sul tema salute e immigrazione si incentrava sull'allarmismo infettivo e epidemico legato agli sbarchi. Virus, malattie ed epidemie, prevalentemente

[5] DPR 303/2004 - DLvo 28 gennaio 2008, n. 25.

d'ebola, ma anche febbre emorragica, tubercolosi, vaiolo sono solo i più comuni temi di emergenza sanitaria proposti dalle testate giornalistiche italiane (Meli, 2015). Tuttavia le evidenze rispetto al tema della salute dei migranti mette in luce una tesi contraria. A seguito dello straordinario flusso di immigrazione proveniente dal Nord Africa è stato istituito nel 2011 dal Ministero della Salute un sistema di sorveglianza epidemiologico volto a rilevare l'emergere di eventuali emergenze sanitarie. Tra il 2011 e il 2013 tale servizio ha svolto una attività di sorveglianza sindromica che ha portato alla segnalazione di alcuni casi considerati focolai di malattie di particolare gravità per la sanità pubblica: tuttavia, dal monitoraggio è emerso che nessuno dei casi osservati si è tradotto in vere e proprie emergenze sanitarie, e le malattie dei migranti monitorati si sono dimostrate essere eventi di morbosità legati alle difficili condizioni di viaggio cui erano stati sottoposti (Ministero della Salute, 2014).

Il problema dell'emergenza sanitaria è stato superato, ma la maggior parte dell'opinione pubblica resta convinta del contrario, e accade ancora che politici parlino di rischi sanitari, mentre la salute dei profughi resta un tema affrontato in modo disomogeneo e poco strutturato. Le forme di assistenza sanitaria nei confronti dei profughi accompagnano la persona nel suo *iter* verso la formalizzazione dello *status* di rifugiato, e prevedono un primo screening clinico al momento dello sbarco, visite nei centri di prima accoglienza, e controlli presso le Asl territoriali, una volta che sono stati distribuiti e affidati ai territori locali.

Nonostante la capillare attività di controllo medico e di assistenza offerta, sussistono alcuni problemi di forma e di sostanza sugli aspetti che regolano l' ssistenza sanitaria e che ne condizionano il livello di successo delle attività finalizzare a preservare la buona salute.

In primo luogo, si tiene poco conto delle peculiari condizioni sanitarie che possono compromettere lo *status* di buona salute, che almeno formalmente hanno al momento dell'inizio del viaggio: le condizioni precarie dovute alle difficili circostanze cui sono sottoposti durante il viaggio, la scarsità di servizi e le pessime condizioni di vita durante il loro soggiorno nei centri di accoglienza condizionano inevitabilmente il loro benessere, individuale e collettivo.

In secondo luogo, le modalità con cui si affronta il tema profughi, ovvero adottando un approccio emergenziale, non contribuiscono a sistematizzare e a rendere efficace il sistema di assistenza: lo scenario territoriale si caratterizza per una forte disomogeneità di prassi, regole confuse, che variano da territorio e territorio. La disomogeneità interessa almeno due livelli: quello della *governance* e quello amministrativo. Dal punto di vista della gestione del fenomeno, le Regioni si sono attivate con tempi diversi nell'accogliere una quota di profughi, e hanno implementato forme di accoglienza diverse, tutte accomunate da una sofferenza economica e da scarsità di personale del proprio Sistema Sanitario Regionale da assegnare all'attività. In alcune Regioni vengono effettuati *screening* di vario tipo, attivando unità di emergenza *ad hoc*, in altre si de-

legano tali attività ad associazioni esterne o si decentra parte del proprio personale; in altre Regioni ancora viene attivata la medicina del territorio (dipartimenti di prevenzione, medici di medicina generale) (Geraci, 2014). Ma anche dal punto di vista amministrativo il quadro risulta eterogeneo e ambiguo: in alcuni casi ai richiedenti asilo viene assegnato il codice STP, in altri casi vengono iscritti al SSR con o senza assegnazione del medico di base, e ancora, in altri casi, si utilizzano codici fiscali fittizi o si assegnano codici temporanei, in accordo con l'Agenzia delle Entrate (Geraci, 2014).

Un terzo problema, di natura diversa, riguarda i richiedenti asilo che fanno ingresso via terra in Italia, un problema segnalato dal Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Friuli Venezia Giulia. Si tratta di migranti che generalmente arrivano dall'Austria, che hanno superato i confini dell'Area Schengen da un Paese diverso dall'Italia e che difficilmente vengono intercettati e inseriti in un percorso di accompagnamento. Provengono principalmente da zone investite da guerre civili e da instabilità politica come l'Afganistan e il Pakistan. Non è raro che queste persone sopravvivano con mezzi di fortuna e utilizzino come punto di riferimento un luogo inadatto, privo di servizi igienici, spesso sovraffollato, che può favorire l'insorgere e la diffusione di malattie (GrIS Friuli Venezia Giulia, 2015).

Per affrontare il problema della disomogeneità di politiche sanitarie di fronte ad una presenza sempre più massiccia di profughi, l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia ha preso una posizione pionieristica, e si è spesa per sviluppare delle indicazioni operative capaci di sollecitare l'implementazione di buone pratiche nella tutela della salute. Per la prima volta viene presa in considerazione l'importanza delle condizioni di vita nei centri di accoglienza per la salute individuale e per quella collettiva e viene proposto un monitoraggio e una valutazione delle condizioni di salute e dei servizi offerti, nella convinzione che dalla salute collettiva dipenda la salute individuale.

Oltre alla Regione Sicilia, anche la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), un gruppo di pressione molto attivo e politicamente incisivo, fautore di importanti conquiste, recentemente si è attivato per affrontare l'insufficiente organizzazione che regola la protezione della salute dei richiedenti asilo. In collaborazione con i GrIS Toscana e Piemonte, la Federazione Nazionale e Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), ha segnalato ai *policy makers* la necessità di includere effettivamente i richiedenti asilo nel sistema sanitario e a rendere i servizi effettivamente fruibili attraverso:

- l'esenzione del ticket fino alla completa definizione dell'istanza di richiesta asilo e di esercizio di regolare attività lavorativa;
- l'iscrizione al SSR;
- il coordinamento delle procedure sanitarie di prima accoglienza e integrazione con le cure primarie, i servizi di prevenzione e le strutture ospedaliere;
- il monitoraggio dei servizi erogati nelle strutture di accoglienza;

- lo snellimento di procedure e tempistiche delle domande di asilo presso le commissioni territoriali;
- la valutazione attenta delle condizioni di fragilità e vulnerabilità in considerazione della loro recente storia migratoria.

Perché, citando il documento[6], è necessario superare definitivamente "l'approccio emergenziale, per passare all'elaborazione di strategie concrete e tempestive, frutto di una pianificazione seria, inclusiva e lungimirante, per l'accoglienza e la tutela della salute dei migranti forzati".

Il tema è ancora dibattuto e non si è concluso il percorso di *political pressure* proveniente dal terzo settore, un percorso però che, stando agli importanti successi ottenuti[7], si pone come potenzialmente riconoscibile dalle autorità competenti.

2. I minori stranieri non accompagnati (MSNA)

I Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA) sono quei minori che giungono in un Paese di accoglienza privi della figura genitoriale o di altro soggetto affidatario. Vengono spesso considerati come *grands enfants* (bambini grandi), perché sono affidatari da parte delle famiglie che si trovano nei Paesi d'origine di un progetto di vita che coinvolge tutti, dal cui successo-insuccesso dipende anche la loro vita, un fenomeno molto diffuso soprattutto tra gli egiziani. Questi giovani migranti sono molto indipendenti, hanno generalmente un livello di maturità superiore a quello dei loro coetanei italiani. La cosiddetta "adultizzazione" di questi minori è da associarsi alla loro capacità di produrre reddito (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015): infatti, il progetto di cui sono responsabili è talmente grande che spesso spinge le famiglie stesse, nei Paesi d'origine, ad ostacolare la volontà del minore di far ritorno a casa (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015).

I giovani migranti sono quindi delle figure ibride, portatori di un'identità multipla: minore, solo e straniero (Luzi, Pasqualino, Pugliese, Schwarz, Suligoi, 2013) allo stesso tempo, condizioni che, congiuntamente, accentuano la fragilità già propria di un migrante adulto.

[6] Il documento è disponibile alla seguente pagina web: http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=134483&utm_source=emailcampaign79&utm_medium=phpList&utm_content=HTMLemail&utm_campaign=n.+28+Filo+Diretto+con+FNOMCeO.

[7] Tra le più recenti conquisti della SIMM vanno menzionate l'Appello per una pronta applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, in tutta Italia sulla tutela sanitaria degli immigrati a partire del diritto di ogni minore ad avere il suo pediatra; la vittoria della campagna contro la segnalazione di pazienti stranieri irregolarmente soggiornanti da parte di medici ed infermieri, voluta nel Pacchetto Sicurezza del 2008-2009. Per approfondimenti si rimanda al sito www.simmweb, ai due Dossier "Accordo Stato Regioni e P.A. " e "Emendamento Sicurezza 2008 – 2009".

Nel 2014 i minori stranieri che hanno raggiunto le coste italiane sono stati oltre 26mila e di questi la metà è risultata essere non accompagnata, un valore pari a due volte e mezzo quello del 2013. Si tratta soprattutto di ragazzi tra i 15 e i 17 anni che provengono dall'Eritrea (3.300), dall'Egitto (2.000), dalla Somalia (1.500) e dalla Siria (900)[8] (Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero Interno, 2015). Con riferimento ai MSNA comunitari, il fenomeno risulta assai diffuso tra i rumeni: ad aprile 2015 erano in trattazione 281 casi (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015).

Una consistente parte del fenomeno dei MSNA risulta sconosciuta e riguarda quei minori giunti in Italia attraverso canali che difficilmente entrano in contatto con le istituzioni: i minori cosiddetti "in transito" arrivati in Italia nascosti sotto i camion, a bordo dei traghetti provenienti dalla Grecia, sono irreperibili e, di conseguenza, non vengono inseriti in percorsi di protezione (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015). Se da una parte la scelta di non farsi identificare è dettata dalla mancata conoscenza della normativa e dalla paura nei confronti di percorsi ignoti, dall'altra, l'azione risulta più spesso di natura volontaria e consapevole proprio dei percorsi di inserimento a cui verrebbero introdotti se intercettati dalle Autorità, che ostacolerebbero la *mission* per la quale sono partiti: proprio per il loro ruolo pilota del progetto familiare o di comunità, su cui molti hanno investito, non possono permettersi di temporeggiare, perdendo tempo nelle comunità, in attesa dell'età lavorativa, ma devono rendersi operativi e produttivi nel più breve tempo possibile.

2.1 Cenni normativi: quali diritti

Da un veloce sguardo sul panorama internazionale, emerge un quadro complesso e disomogeneo. Nel 2011 uno studio internazionale su otto paesi in esame (Spagna, Francia, Gran Bretagna, Grecia, Ungheria, Italia, Romania e Svezia) ha messo in luce notevoli difformità sia nelle normative che nelle prassi nazionali poiché non esiste una specifica presa in considerazione della problematica a livello europeo: sebbene esistano numerose norme internazionali o comunitarie in materia, applicabili nei paesi dell'Unione europea, il quadro legislativo di riferimento non ha effettivamente consentito di attenuare le differenze di trattamento tra i Paesi (Consiglio italiano per i rifugiati, 2011). Per quanto riguarda, ad esempio, la protezione sociale, alcuni Paesi hanno previsto un'accoglienza alle stesse condizioni definite dal diritto comune della protezione del fanciullo (Italia, Grecia, Romania, Gran Bretagna), mentre altri hanno stabili-

[8] Nonostante i siriani nel 2014 siano stati oltre 42mila e i minori 10mila, i minori non accompagnati erano solo un decimo di questi ultimi.

to una protezione sociale che comprende servizi ad hoc che riguardano proprio i minori non accompagnati (Spagna, Francia, Ungheria, Svezia)[9].

Nella normativa italiana, i minori non accompagnati, non possono essere espulsi e hanno diritto ad un permesso di soggiorno per affidamento, per motivi familiari, per richiesta di asilo o per asilo, per minore età[10]. Hanno inoltre diritto all'assistenza e alla protezione prevista per i minori. In particolare si applicano le norme che riguardano:

- il collocamento in luogo sicuro del minore che si trovi in stato di abbandono;
- l'avvio della tutela per il minore i cui genitori non siano in condizioni di esercitare la potestà genitoriale;
- l'affidamento del minore, temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, a una famiglia o a una comunità.

L'affidamento può essere disposto dal Tribunale per i minorenni (affidamento giudiziale) oppure dai servizi sociali del Comune, quando i genitori o il tutore siano impossibilitati a esercitare le proprie responsabilità sul minore.

Prima del compimento della maggiore età o in prossimità, se il minore è d'accordo, è possibile richiedere alla Procura dei Minori sia di prolungare il collocamento in comunità sino al ventunesimo anno di età, sia di convertire il permesso di soggiorno da permesso per minore età a permesso per motivi di lavoro.

Nel 2014 sono state introdotte alcune importanti rivisitazioni procedurali della definizione del sistema di accoglienza dei MSNA, al fine di migliorarlo. L'orientamento del nuovo sistema va in direzione di un affidamento di maggiori responsabilità al Ministero dell'Interno rispetto al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e dell'attivazione di strutture di accoglienza temporanee dislocate nel territorio, le quali ospiteranno per brevissimi periodi i MSNA (60 giorni estendibili a 90 in casi eccezionali e motivati) per espletare le funzioni di identificazione, eventuale accertamento dell'età e dello *status*. La successiva accoglienza, l'accoglienza di secondo livello, verrà pianificata attraverso i posti del sistema SPRAR, il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati[11] che verranno potenziati.

[9] Per ulteriori approfondimenti sulle prassi di alcuni paesi comunitari e sulla normativa UE, si consiglia oltre al Rapporto del Consiglio italiano per i rifugiati, 2011, anche il recente Rapporto ANCI-Cittalia 2014: Giovannetti M. (2014), *I minori stranieri non accompagnati in Italia. V Rapporto ANCI-Cittalia*.

[10] Art. 19, comma 2 lett. a del DLvo 286/98. Il permesso per minore età non dà diritto a lavorare e non può essere convertito in permesso di studio o lavoro al compimento dei 18 anni, pertanto viene rilasciato quando nessun'altro tipo di permesso di soggiorno risulta più adatto.

[11] Nell'Intesa in Conferenza Unificata è stata sottolineata la necessità di istituire un sistema completo di governance rispetto al fenomeno. Attraverso l'Intesa il Ministero dell'Interno si impegna ad aumentare i posti nel sistema-SPRAR che possano garantire l'accoglienza di tutti i minori. Attraverso una Circolare (25 luglio 2014 - "I Minori stranieri non accompagnati") si definiscono, oltre ai costi, le procedure per l'accoglienza immediata dei MSNA e si impegna il Ministero dell'Interno a coordinare la costituzione di strutture temporanee di accoglienza, che le Regioni dovranno individuare e autorizzare.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario, *tutti i minori non accompagnati*, anche se privi del permesso di soggiorno, hanno diritto ad accedere alla medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva e hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale: quindi, a parità di condizioni con i cittadini italiani, hanno pienamente diritto di accedere a tutte le prestazioni fornite. Ogni Regione e ASL prevede e rende disponibili le seguenti prestazioni: le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei relativi focolai. Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, quando i richiedenti sono privi di risorse economiche sufficienti. Si garantisce, inoltre, l'accesso alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio[12]. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei minori stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate utilizzando, come per gli immigrati adulti irregolari, un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Questa prassi, prevista normalmente per gli minori stranieri irregolari, è spesso considerata da parte delle associazioni di difesa dei diritti dei minori un forte limite alla garanzia del diritto alla salute, in quanto risulta in contrasto con la Convenzione sui diritti del fanciullo, che stabilisce che tutti i minori, senza discriminazioni, devono avere accesso all'assistenza sanitaria.

Ai Minori stranieri non accompagnati *che hanno richiesto il permesso di soggiorno*, invece, spetta l'assicurazione obbligatoria e gratuita con iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale[13] non appena viene presentata la richiesta di permesso di soggiorno, in quanto vengono equiparati ai titolari di asilo umanitario.

2.2 Cenni operativi: quali bisogni e quali risposte

Negli ultimi dieci anni, la presenza dei minori soli negli spostamenti umani è divenuto un fattore comune delle migrazioni a livello mondiale. Il loro numero è drammaticamente aumentato e essi costituiscono una fetta importante della popolazione alla ricerca di protezione e asilo.

A partire da questo secolo, i minori e i giovani cosiddetti "in movimento" sono da considerarsi un vero e proprio soggetto migratorio, che per la loro entità in costante aumento, stanno attirando sempre più l'attenzione di policy makers, degli operatori sociali, giudiziari e di polizia, invitandoli ad interrogarsi sul sistema di tutela e protezione.

[12] Articolo 35 comma 4 e seguenti; articolo 42 commi 4 e seguenti del d. P. R. 394/1999, Regolamento di attuazione del Testo Unico sull'immigrazione.
[13] Articolo 34 comma 1 lettera b del Testo Unico sull'immigrazione.

Le attuali procedure in vigore prevedono che, nei primi giorni dell'accoglienza, il minore straniero non accompagnato venga sottoposto ad una visita medica generica e ad alcuni accertamenti sanitari necessari ad evidenziarne l'idoneità alla vita comunitaria. Dopo le prime forme di controllo sanitario, i minori stranieri non accompagnati vengono accolti in comunità di pronta accoglienza regolarmente autorizzate, in grado di garantire i seguenti servizi e di garantire le seguenti condizioni (Gruppo Nazionale enti e servizi di pronta accoglienza minori - Save the Children Italia):

- un ambiente accogliente e familiare in cui il minore possa sentirsi accolto e rispettato;
- un adeguato supporto educativo: il minore non dovrebbe mai essere collocato in strutture quali alberghi o centri d'accoglienza per adulti senza che vi sia un adeguato supporto educativo;
- la custodia del minore; condizioni di vita dignitose e adeguate a favorire lo sviluppo fisico e psichico di soggetti in età evolutiva;
- l'accompagnamento del minore da parte degli operatori nei procedimenti che lo riguardano (rilascio del permesso di soggiorno, procedimento riguardante il rimpatrio ecc.) e nell'accesso ai servizi (servizi sanitari, scuola ecc.);
- il rispetto delle esigenze culturali e religiose.

Per il MSNA, le figure dell'operatore di comunità e del tutor costituiscono delle persone di riferimento fondamentali nonché i modelli che egli meglio conoscerà e che inevitabilmente ne condizioneranno le evoluzioni comportamentali. Perché il supporto al minore degli operatori sia efficace è necessario un percorso di formazione rivolto a operatori e tutor, che tenga conto di quelli che sono i bisogni e i diritti dei minori stranieri non accompagnati, di tipo fisico, ma soprattutto di tipo psicologico, incluse le peculiarità dei minori vittime di tratta/sfruttamento e dei minori richiedenti asilo. Va ricordato, a tal proposito, che molti dei minori non accompagnati sono vittime di tratta, e sono stati condotti in Italia a scopo di sfruttamento, in genere, sessuale, ma anche lavorativo (es. accattonaggio) o di diversa natura (traffico di organi, adozioni illegali, etc.). In altri casi, lo sfruttamento è subentrato successivamente all'ingresso nel Paese di accoglienza, quando essi entrano in contatto con organizzazioni o individui che li incanalano in percorsi illeciti e di sfruttamento.

Sebbene la formazione degli operatori venga ritenuta un tassello fondamentale per l'educazione del minore non accompagnato, la figura professionale dei tutor e la loro *expertise* costituiscono oggetto di preoccupazione (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015) e un primo tipo di criticità dell'attuale sistema di accompagnamento dei MSNA. La legge prevede la nomina di un tutor che garantisca un percorso individuale di formazione e accompagnamento al minore e che rappresenti una figura di riferimento e un modello da seguire. Ma ad og-

gi, il numero di tutor attivi è esiguo ed insufficiente a soddisfare le migliaia di domande dei MSNA che arrivano ogni anno in Italia. Inoltre, le esigenze di rispettare certi standard formativi, in modo omogeneo sul territorio, se da una parte tutelano una tipologia di formazione univoca rivolta ai minori e la applicano a tutto il territorio italiano, dall'altra ostacolano il reperimento a livello di personale volontario, che costituisce la soluzione più comunemente adottata dagli enti locali (EELL). A livello locale, infatti, sono soprattutto i tutor volontari ad essere richiesti: si tratta di figure non sempre qualificate, selezionate sulla base di criteri disomogenei e da parte di associazioni (e non dagli EELL), alle quali non viene offerta una formazione specializzata adeguata (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2015). Il problema che si configura è quindi duplice, ma porta in entrambi i casi al rischio di non riuscire a dare adeguate risposte ai MSNA: scarsità di tutor, da una parte, difficoltà a creare un sistema territoriale uniforme e di qualità, dall'altra.

La problematicità della situazione appena descritta può avere delle ricadute sugli utenti: la percentuale molto elevata dei minori che si allontanano dalle comunità di pronta accoglienza dopo pochissimo tempo dal collocamento, può essere in parte ricondotta alla poco efficace organizzazione del percorso di affiancamento da parte dei tutor. Ma non solo. Il fenomeno dell'abbandono si riscontra soprattutto per quei minori ritenuti essere vittime di tratta o sfruttamento ed è spesso legato all'obiettivo primo del viaggio, come ampiamente descritto sopra, che è di tipo lavorativo.

Sebbene nello stesso rapporto i Comuni intervistati dichiarino di aver migliorato le proprie performance riducendo i tassi di fuga (i minori che fuggono dalle strutture, passando a dal 62% nel 2006 al 26,6% sul totale degli accolti nel 2012) e i tempi di permanenza nella prima accoglienza (ai minori che si fermano almeno un mese in prima accoglienza sono passati dal 34,5% nel 2006 al 69,7% nel 2012), permangono alcune criticità di sistema che vengono segnalate come d'ostacolo ad un buon accompagnamento al minore (Giovannetti, 2014):

- difficoltà nell'identificazione del minore;
- mancanza di strutture di accoglienza e di servizi specifici;
- difficoltà a progettare erealizzare rimpatri volontari assistiti;
- difficoltà nel reperire famiglie affidatarie;
- problematiche legate all'affido in generale.

Accanto ai problemi di efficacia, un'altra difficoltà riguarda la capacità organizzativa dei servizi, rispetto ai quali viene segnalata la mancanza di risorse economiche "in un quadro di imprevedibilità della spesa e di costi elevati di gestione: circa 20 Comuni hanno dichiarato di avere speso oltre 700mila euro nell'arco del 2012 per la presa in carico dei minori soli" (Giovannetti, 2014).

Si tratta quindi di un sistema che mette in luce alcuni miglioramenti rispetto al passato, ma che ha ancora in sé limiti strutturali.

Per ottimizzare il sistema d'accoglienza dei MSNA viene segnalato come indispensabile "puntare su politiche strutturate a carattere nazionale che abbiano come obiettivo l'adozione di linee guida per la presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in un'ottica di standardizzazione e qualificazione degli interventi, […] e (aspirare) ad un Sistema che governi l'accoglienza dei minori, che strutturi non solo strategie puntuali di intervento da adottare sui luoghi di frontiera, ma che sia volto alla qualificazione e standardizzazione degli interventi affinché siano più corrispondenti ai bisogni del minore e volti al sostegno della loro integrazione sociale" (Giovannetti, 2014).

Per quanto riguarda gli aspetti pragmatici, per favorire una migliore e maggiore comunicazione, nonché incentivare la costruzione di un rapporto di fiducia con i tutor vengono indicate alcune azioni come fondamentali:

- impiegare in modo continuativo figure come mediatori culturali e operatori nelle comunità di accoglienza e nei servizi sociali;
- promuovere interventi di educativa di strada e di servizi diurni a bassa soglia di accesso come i centri di aggregazione caratterizzati da un'elevata informalità;
- predisporre servizi che garantiscano la salute fisica e psichica dei minori stranieri non accompagnati, e che tengano in considerazione le privazioni e i traumi connessi alle esperienze della migrazione, della separazione dai genitori, all'eventuale sfruttamento, persecuzione e xenofobia che li ha accolti nel paese di arrivo;
- prendere in considerazione gli aspetti culturali e le loro ricadute sul benessere psichico, ad esempio predisponendo servizi di etnopsichiatria ed etnopsicologia;
- dare la giusta considerazione alle sempre più frequenti problematiche connesse alla tossicodipendenza e all'alcolismo e predisporre di servizi *ad hoc*.

Bibliografia

Abbondanti A. (2013), *Il diritto alla salute dei richiedenti asilo tra emarginazione, isolamento, programmazione locale dei servizi*. Tesi di Laurea http://dspace.unive.it/handle/10579/3708.

Geraci S. (2014), *Oltre gli sbarchi. Per un piano nazionale dell'accoglienza*, in "SaluteInternazionale.info", 17 lugli 2014 http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/.

Giovannetti M. (2014), *I minori stranieri non accompagnati in Italia. V Rapporto ANCI-Cittalia.* http://www.anci.it/Contenuti/Allegati/12%20rapporto%20msna.pdf.

Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (2015), *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Ottavo rapporto. 2014-2015* http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/VIIIrapportoCRC.pdf.

Luzi A.M., Pasqualino G.M., Pugliese L., Schwarz M., Suligoi B. (a cura di) (2013), *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199_allegato.pdf.

Meli A., 2015, *Migrazioni e salute. La cattiva informazione*, in "SaluteInternazionale.info", 10 giugno 2015 http://www.google.it/url?url=http://www.saluteinternazionale.info/2015/06/migrazioni-e-salute-la-cattiva-informazione/&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQQFjAAahUKEwjP7oWbn43HAhVJFCwKHdPTBPg&usg=AFQjCNHaguyq-kNf0ZWc8kPuoMbmRSV1RQ.

Ministero della Salute, 2014, *Relazione sullo stato sanitario del Paese*. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2258.

Ministero dell'Interno (2015), *Linee guida per la presentazione delle domande di contributo per il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati* http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegato_a_linee_guida_sprar_msna_31_marzo_2015.pdf.

Sitografia

Centro nazionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza http://www.minori.it/.

Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero Interno http://www.interno.gov.it/it/ministero/dipartimenti/dipartimento-pubblica-sicurezza Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero Interno

Federazione nazionale e Ordini provinciali dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=134483&utm_source=emailcampaign79&utm_medium=phpList&utm_content=HTMLemail&utm_campaign=n.+28+Filo+Diretto+con+FNOMCeO.

GrIS Friuli Venezia Giulia, 2015 http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.GrIS_Fvg_accoglienza_profughi_gennaio.pdf.

SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni www.simmweb.it.

The ISMU Foundation is an independent research centre funded in 1992 promoting research and training activities on migration, integration and the ever-growing ethnic and cultural diversity of contemporary societies.
As an independent scientific body, it proposes itself as a service provider open to the collaboration with national and European institutions, local administrations, welfare and health-care agencies, non-profit organisations, schooling institutions, Italian and foreign research centres, libraries and documentation centres, international agencies, diplomatic and consular representations.

www.ismu.org

ISMU Foundation - Initiatives and Studies on Multiethnicity
Via Copernico 1, 20125 Milano Italy
ismu@ismu.org
Tel. +39 2 67877927
Fax +39 2 67877979