

# LA CONVENZIONE SUI DIRITTI DEL BAMBINO E LA SUA APPLICAZIONE IN ITALIA

*Nel nostro editoriale su questo numero di "Medico e Bambino" inquadrano più compiutamente questo Focus dedicato alla Convenzione dei diritti del bambino e la sua applicazione in Italia. Tra i diversi temi che sono stati oggetto sia del Rapporto aggiuntivo elaborato dalle ONG sia delle recentissime osservazioni della Commissione ONU, ne abbiamo scelti tre (le disuguaglianze regiona-*

*li, i diritti dei bambini migranti e l'ascolto giudiziario dei minori), ritenendoli tra i più rilevanti per la pratica quotidiana dei pediatri, chiamati a conoscere la legislazione in materia e a svolgere il ruolo di child advocate che la storia, la deontologia e gli accordi internazionali assegnano loro.*

Michele Gangemi e Giorgio Tamburlini

## Disuguaglianze su base regionale in Italia

GIUSEPPE CIRILLO

Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Na 1 Centro; Servizio di Programmazione, Centro Studi Interistituzionale, Comune di Napoli/ASL Na 1 Centro

### INEQUITIES ON A REGIONAL BASIS IN ITALY

(*Medico e Bambino* 2010;29:223-227)

#### Key words

Child health, Inequity, Social exclusion, Health determinants, Italy

#### Summary

The second update Report on the Convention on the Rights of the Child and the Adolescent analyses the differences across geographical regions with respect to some important health determinants and outcomes in Italy. The Report highlights the marked differences existing in the condition of children living in the South which are due to both distal (poverty and parental educational level) and proximal determinants of health: access to social services such as day care centres is very low in the South, while unhealthy life styles such as poor nutrition and reduced physical activity are more prevalent. These determinants ultimately affect health outcomes such as child mortality rates and obesity prevalence, which are higher in Southern than in Central and Northern Italy, and other social outcomes such as drop out from school, which is unacceptably high in many southern regions. These health and social inequities are concentrated in the poorest population groups, and combine to determine further risk of social exclusion and poor health outcomes in adult age.

Il secondo Rapporto di aggiornamento sulla Convenzione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del CRC analizza le differenze geografiche nelle Regioni rispetto ad alcuni importanti determinanti ed esiti della salute in Italia. Nonostante nel Sud alcuni indicatori di salute siano migliorati nel tempo, tuttavia permangono grandi differenze rispetto al Centro-Nord. Ancora persistono notevoli disuguaglianze rispetto sia ai *determinanti distali* della salute (povertà, educazione-formazione) che a quelli *proximali* (accesso ai servizi sociali-sanitari-educativi, comportamenti e abitudini di vita ecc.) sia, infine, agli esiti (mortalità). Queste disuguaglianze geografiche sono in misura rilevante socialmente determinate, perché in Italia, nelle Regioni meridionali, si concentra la popolazione più povera e a rischio di esclusione sociale.

Ogni differenza di salute riferibile all'istruzione, alla condizione sociale o ad altre caratteristiche individuali quali l'etnia, deve considerarsi una discriminazione, la negazione di un diritto.

La Società Internazionale per l'Equità nella Salute ha elaborato una definizione dell'equità nella salute come l'assenza delle differenze sistematiche, e potenzialmente riducibili, in uno o più aspetti, della salute tra popolazioni o gruppi di popolazione definiti socialmente, econo-

micamente, demograficamente o geograficamente. Esempi di gruppi sociali possono essere quelli socio-economici definiti tipicamente dal reddito e dai beni economici, dalla categoria professionale e/o dal livello d'istruzione, i gruppi razziali etnici o religiosi, quelli definiti dal genere, dalla localizzazione geografica e territoriale, dall'età, dall'inabilità, dall'orientamento sessuale e da altre caratteristiche rilevanti in un particolare contesto<sup>1,2</sup>.

Uno degli elementi più critici e rilevanti da considerare è rappresentato dalla dimostrazione che le cattive condizioni di salute durante l'infanzia, nelle classi sociali più disagiate, determinano cattive condizioni di salute durante l'età adulta, anche se le condizioni sociali nello stesso tempo migliorano. Di qui la consapevolezza della necessità che l'infanzia venga sostenuta e protetta precocemente, in modo integrato (socio-sanitario-educativo) e nel contesto familiare<sup>3,4</sup>.

## DETERMINANTI DISTALI DELLA SALUTE E DISUGUAGLIANZE GEOGRAFICHE IN ITALIA

I determinanti distali della salute si distribuiscono diversamente nelle Regioni italiane. La povertà si distribuisce in modo profondamente diseguale nelle varie Regioni. Nei Paesi industrializzati la po-

vertà è responsabile di circa il 6% di tutta la mortalità degli adulti; nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità. L'effetto del disagio socioeconomico sulla salute si esprime fin da prima della nascita e continua successivamente con la morbilità specifica, i problemi gravi del comportamento, la mortalità<sup>5</sup>.

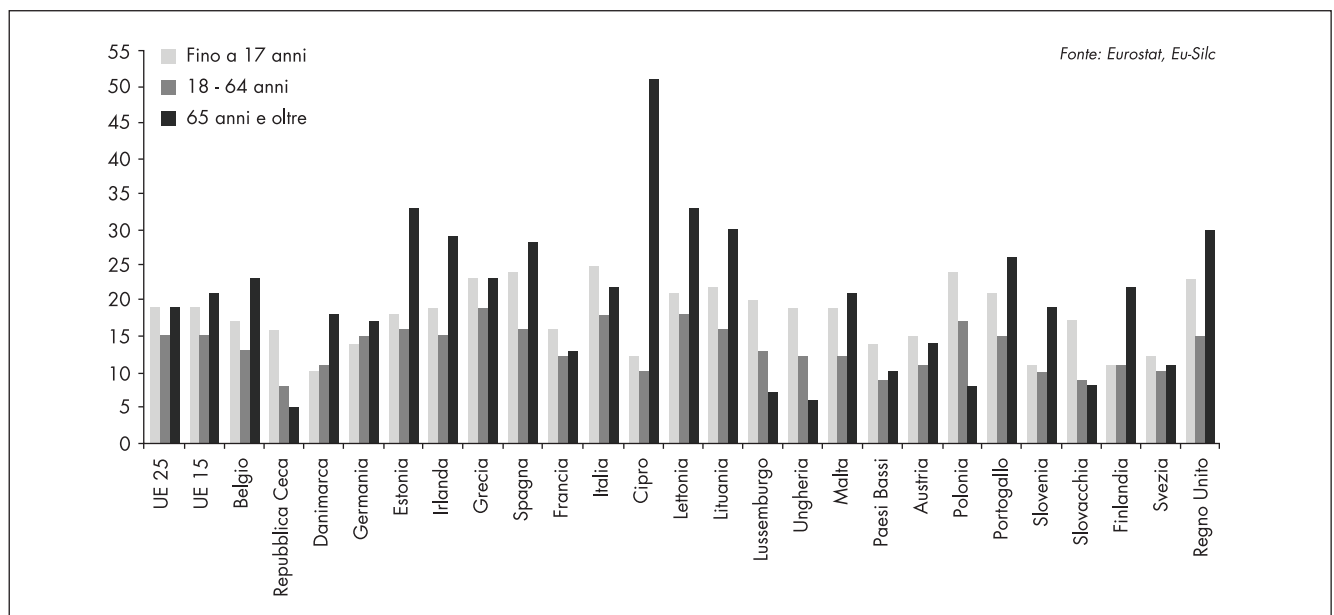
Tra i 30 Paesi OCSE oggi l'Italia ha il sesto *gap* più ampio tra ricchi e poveri, e non solo l'incidenza della povertà ma anche la sua intensità sono tra le più alte in Europa, con un coefficiente pari a 24. Ciò significa che la metà dei poveri italiani vive con un reddito disponibile annuo del 24% inferiore a quello corrispondente alla linea di povertà calcolata secondo lo standard europeo. Il rischio di povertà infantile nell'Unione Europea è del 19% e l'Italia raggiunge stime preoccupanti, con il 24% dei bambini a rischio. In Italia, nel 2008, nel complesso gli individui poveri sono risultati 8 milioni 78 mila (13,6% della popolazione). Per quanto riguarda le famiglie, nel corso dello stesso anno, sono stati 2 milioni 737 mila i nuclei familiari che si trovavano in condizioni di povertà relativa (11,3% delle famiglie residenti). Negli ultimi 4 anni l'incidenza di povertà relativa è rimasta stabile, anche se il fenomeno continua a essere più diffuso nel Sud, dove l'incidenza di povertà relativa è 5 volte superiore a quella osservata nel resto del Paese e tra le fami-

glie più ampie, in particolare con 3 o più figli, soprattutto se minorenni. Tra le famiglie con 3 o più figli minori l'incidenza di povertà raggiunge in media il 27,2% e al Sud arriva al 38,8%.

È stato da poco pubblicato il rapporto ISTAT 2008 sulla situazione del Paese, da cui si possono trarre ulteriori preziose informazioni sulla condizione delle famiglie<sup>6</sup>.

Si è avuta una contrazione dell'attività produttiva che ha determinato un forte rallentamento della crescita degli occupati (rilevante nel Mezzogiorno amplificando i divari territoriali)<sup>7</sup>. Sotto il profilo territoriale emerge il più elevato livello di vulnerabilità delle famiglie localizzate nelle Regioni del Sud. In tale area le famiglie con almeno un occupato, in costante ascesa tra il 2005 e il 2007, si riducono drasticamente nel secondo semestre del 2008 (45.000 famiglie in meno). Ne consegue che l'incidenza delle famiglie con almeno un occupato sul totale delle famiglie si attesta nel Mezzogiorno al 75,3% (media nazionale: 82,5%), così come si concentrano nel Mezzogiorno 310.000 famiglie che registrano la presenza di uno o più disoccupati (940.000 individui).

Il profilo per età dell'incidenza delle situazioni di vulnerabilità è a forma di U nella maggior parte dei Paesi europei, cioè è più alta nelle due classi di età estreme - minori e anziani - rispetto alla fascia



Fonte: Eurostat, Eu-Silc

Figura 1. Popolazione a basso reddito nei Paesi dell'Unione Europea per classi di età - anno 2006 (valori percentuali).

di età più centrale. In Italia vivono in condizioni di basso reddito il 25% dei minori (il valore più elevato tra i Paesi dell'Unione) e il 22% degli anziani (Figura 1).

Il reddito medio familiare equivalente risulta inferiore rispetto al dato nazionale in tutte le Regioni meridionali.

I valori più bassi si osservano in Calabria (-29,7% rispetto media nazionale), Basilicata (-29,6%), Sicilia (-28,5%), Campania (-23,7%), Molise (-22,6%) e Puglia (-21,0%). La percentuale di popolazione a basso reddito è molto più alta nelle Regioni meridionali e nelle isole, con valori del +18,4% rispetto alla media nazionale, e in particolare del +41,2% in Sicilia, del +36,8% in Campania, del +36,4% in Calabria.

Alla fine del 2007 circa 5 famiglie su 100 dichiarano di non aver avuto denaro, almeno in un'occasione, per comprare il cibo; l'11,1% per pagare le spese mediche in caso di malattia; il 7,3% per i trasporti, il 12,2% per le tasse, il 16,9% per le spese di abbigliamento.

In Figura 2 è rappresentata la quota di famiglie residenti in Italia che, attraverso una *cluster analysis*, l'ISTAT ha posizionato in un settimo gruppo che contiene tutte le famiglie che presentano più fattori di deprivazione.

La povertà rappresenta comunque il maggior determinante di salute: essa va intesa non solo come mancanza di risorse economiche, ma più in generale come mancanza di supporti emotivi e psicologici, mancanza di protezione ambientale, carenza di istruzione, carenza di opportunità, inadeguatezza abitativa, mancanza di informazioni ecc.

La povertà è associata con altri concetti come la classe sociale, la cultura, l'istruzione, il lavoro e la natura dell'ambiente<sup>8</sup>.

La valutazione dell'equità di salute richiede il confronto delle condizioni di salute e i relativi fattori sociali determinanti fra i gruppi sociali. Questi confronti sono essenziali per valutare se gli interventi e le politiche di *welfare* locali, nazionali

e internazionali, contribuiscano o meno a una maggiore giustizia sociale.

Nell'infanzia le condizioni di salute sono influenzate dalle caratteristiche e dalle condizioni sociali ed economiche dei genitori. Le disagiate condizioni socio-economiche nell'infanzia, conseguenti alla scarsità di reddito in termini di alimentazione, abitazione e ambiente, influenzano lo stato di salute durante l'infanzia, ma anche nell'età adulta, sia per un diverso accesso ai servizi sanitari sia per le abitudini di vita e i modelli comportamentali. Nelle classi sociali disagiate sono più frequenti l'utilizzazione dei servizi sanitari di emergenza, l'uso di sostanze, il fumo di tabacco, l'alcol, le errate abitudini alimentari, la mancanza di esercizio fisico, i comportamenti a rischio per incidenti.

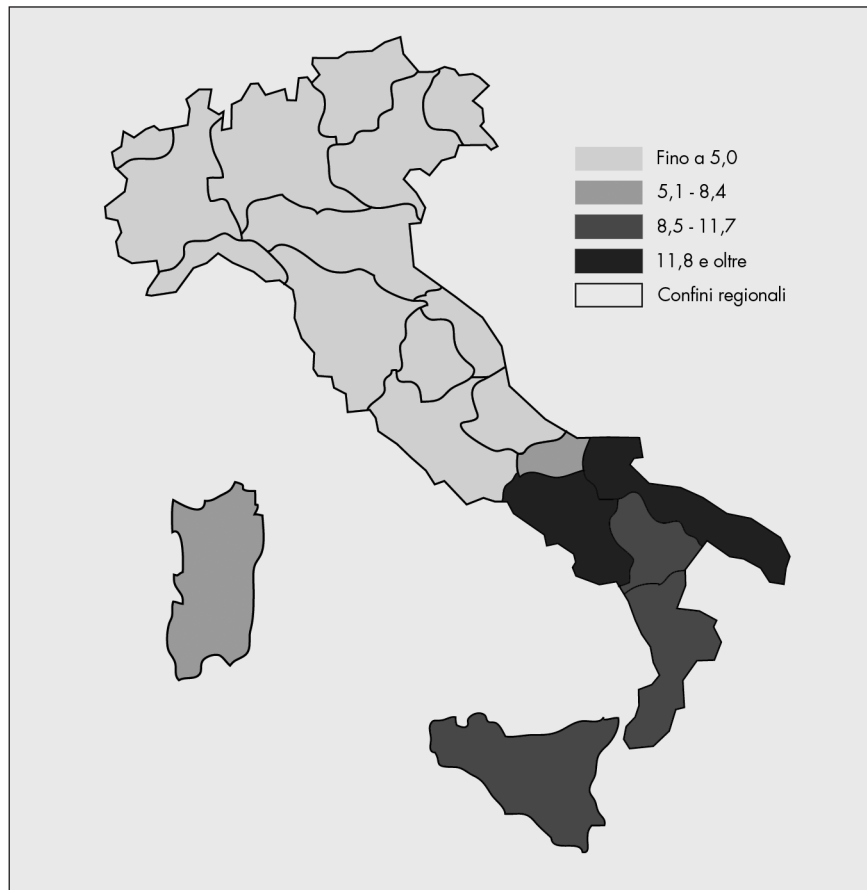
Tutto questo comporta per i bambini poveri delle classi sociali più svantaggiate un maggior rischio di malattie, un maggiore rischio di assumere abitudini e comportamenti inadeguati, soprattutto durante l'adolescenza, e infine di subire in età adulta le conseguenze (ad esempio maggiore frequenza di malattie cardiovascolari, maggiore mortalità evitabile)<sup>9,10</sup>.

## DETERMINANTI PROSSIMALI DELLA SALUTE E DISUGUAGLIANZE GEOGRAFICHE IN ITALIA

I determinanti prossimali della salute sono rappresentati da: comportamenti, abitudini di vita, mancato allattamento al seno, obesità, inattività fisica, fumo, diete scorrette e ipercaloriche, accesso ai servizi socio-sanitari-educativi; sono le cause secondarie, quelle che agiscono in momenti successivi della vita, in genere in relazione o conseguenti ai determinanti distali. I determinanti prossimali si concentrano maggiormente nei gruppi di popolazione di livello socio-economico più basso.

Queste cause diventano evidenti considerando fattori di rischio intermedi o segnali fisiopatologici, tra cui l'ipertensione, l'eccesso di glucosio e di lipidi nel sangue e l'obesità. I principali fattori di rischio modificabili sono alla base della maggior parte di nuovi casi di cardiopatie, ictus, malattie respiratorie croniche e alcuni tipi di cancro.

È ben documentata l'associazione tra obesità e conseguenze di salute avverse,



**Figura 2.** Famiglie che arrivano con grande difficoltà a fine mese per Regione - anno 2007 (per incidenza percentuale).

incluse, ad esempio, le malattie cardiorespiratorie, il diabete di tipo 2 e il cancro. L'età è un fattore importante dell'accumulo di rischi modificabili per le malattie croniche: l'impatto dei fattori di rischio aumenta, infatti, con il passare degli anni. È nei primi anni di vita che si deve intervenire per ridurre in modo sostanziale l'incidenza di malattie croniche<sup>11,12</sup>.

La posizione socio-economica nell'età infantile, in numerosi studi, è risultata essere inversamente correlata all'obesità da adulti. La condizione sociale durante l'infanzia è un importante determinante dell'Indice di Massa Corporea (BMI) nell'età adulta. Le origini sociali giocano quindi un ruolo importante nel determinare il sovrappeso e l'obesità da adulti, anche se viene certamente considerata anche la posizione socio-economica da adulti, così come altre importanti variabili quali la dieta e l'esercizio fisico<sup>13</sup>.

L'obesità sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia a livello mondiale, costituendo uno dei maggiori problemi di salute non solo nei Paesi industrializzati ma anche in quelli in via di sviluppo. Nella popolazione 0-14 anni c'è un trend crescente negli ultimi anni, con una prevalenza che ha raggiunto il 24% (4% di obesi e 20% di sovrappeso) e un trend crescente da Nord a Sud. Questi dati di ordine generale sono confermati da studi su campioni di ambito locale che hanno evidenziato prevalenze variabili tra il 13,3% in provincia di Cremona, il 23% in Piemonte, il 27,3% in provincia di Padova, il 29,5% in provincia di Frosinone, il 38% in provincia di Benevento. Per quanto concerne l'attività fisico-motoria, un quarto della popolazione non svolge nessuna attività fisica, in particolare le donne e coloro che risiedono al Sud, e il 13,7% dei bambini e adolescenti.

L'effetto dello status socio-economico è rilevante anche sui comportamenti a rischio degli adolescenti, che a loro volta possono facilitare l'insorgenza di malattie croniche in età adulta.

Il livello di istruzione dei genitori e il reddito della famiglia influenzano fortemente i comportamenti a rischio per l'insorgenza di malattie croniche fra gli adolescenti: fumo di sigaretta, stile di vita sedentario, consumo insufficiente di frutta e verdura, consumo eccessivo di cibi con alto contenuto di grassi e abuso di alcol.

Il consumo di cibi grassi decresce con l'aumentare dell'istruzione dei genitori, così come, aumentando il reddito fami-

liare, è meno probabile che gli adolescenti fumino sigarette, conducano una vita sedentaria e abusino di alcol. Inoltre i comportamenti dannosi come la vita sedentaria, le errate abitudini alimentari ecc., iniziano spesso in gioventù e si mantengono durante la vita adulta.

Negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud ma nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più bassi i tassi di mortalità si sono ulteriormente e negativamente distanziati da quelli della restante parte della popolazione.

## Asili nido

A più di 30 anni dall'entrata in vigore della Legge 1044/1971 che istituì gli asili nido comunali, dall'analisi in possesso del Ministero dell'Interno (certificati consuntivi relativi al 2006) emerge che il numero degli asili nido comunali a livello nazionale sia di 3110 (+ 3,3% rispetto al 2005), dei quali il 44% è concentrato nei capoluoghi di provincia, con un numero complessivo di posti di 130.244. Il servizio di asilo nido pubblico è presente solo nel 17% dei Comuni italiani; nel loro insieme il 59% è concentrato nelle Regioni settentrionali, il 27% al Centro e solo il restante 14% al Sud. La Regione con il più elevato numero di asili nido comunali è la Lombardia, con 617 strutture e circa 27.000 posti disponibili, seguita da Emilia Romagna (540 nidi e 23.463 posti) e Toscana (399 nidi e 14.137 posti); ultima il Molise con soli 6 asili con 219 posti disponibili. La carenza dei servizi per la prima infanzia è strettamente legata all'alto tasso di disoccupazione femminile: infatti, nel Sud della penisola, caratterizzato da un tasso medio di occupazione femminile, è localizzato solo il 14% dei servizi di asilo nido comunali.

## Dispersione scolastico-formativa

Per dispersione scolastico-formativa si intende la dissipazione delle risorse scolastiche e delle potenzialità dei giovani a causa dei processi di selezione e di mortalità scolastica. Non significa solo uscire dal percorso scolastico e formativo, al contrario ricomprende fenomeni quale il rallentamento, le interruzioni di percorso, il non raggiungimento del titolo formale o di competenze riconosciute. Analizzando la situazione scolastica dei quindicenni italiani, si osserva che l'incidenza dei non iscritti è in Italia pari al 4,6%, ma nelle Regioni del Sud supera il 6%. La maggior parte dei quindicenni non iscritti ha terminato la scuola dell'obbligo (scuola secondaria di primo grado) e non ha proseguito gli studi. Anche il percorso scolastico di coloro che si sono iscritti l'anno successivo può presentare anomalie: alcuni cambiano il tipo di scuola e altri abbandonano gli studi, di conseguenza il numero dei ragazzi fuoriusciti dal percorso scolastico a di-

stanza di un anno tende a crescere: raddoppia nelle Regioni del Nord, passando dal 4,1% all'8,3%, e in quelle del Centro, dall'1,3% al 2,5%, che mostrano comunque i tassi più contenuti; infine, nelle Regioni del Sud, la percentuale passa dal 6,2% al 10%.

## Ospedalizzazione

La condizione sociale influenza fortemente l'accesso ai servizi sanitari: la popolazione più povera infatti accede più frequentemente ai servizi ospedalieri e di emergenza piuttosto che a quelli primari e preventivi. Sono, infatti, i bambini che vivono in condizioni di basso livello socioculturale o di grave deprivazione sociale a richiedere più visite al PS o a essere ricoverati<sup>14</sup>. Molte delle consultazioni sono causate da problemi banali.

Nel 2006 sono stati effettuati 781.488 ricoveri nella fascia di età 0-14 anni. La prima causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio (18%), seguita dalle patologie neonatali (11,3%) e dai traumatismi (9%), che insieme costituiscono il 40% dei ricoveri pediatrici. I tassi di ospedalizzazione per Regione, e in regime ordinario, sono molto variabili, passando da un tasso di 123,9‰ della Liguria al 55,3‰ della Valle d'Aosta.

La migrazione sanitaria (il ricovero in un ospedale localizzato in un'altra Regione o in un altro Paese rispetto a quello di residenza) rappresenta un fenomeno che ha accompagnato l'estensione dell'assistenza all'intera popolazione e il raggiungimento dell'uniformità di prestazioni per tutti i cittadini. Un'elevata immigrazione è indice di un elevato standard assistenziale, viceversa un'elevata emigrazione è indice di inadeguata assistenza. In Italia, nel 2006, la migrazione si è attestata intorno all'8%. Sono le Regioni del Centro-Nord ad avere una forte attrazione di utenza, in particolare la Liguria (4,6%) e il Lazio (2,9%), mentre al Sud sono più elevati i valori dell'indice di fuga, in particolare in Calabria e Campania, rispettivamente 3,6% e 3,5%.

Gli elevati tassi di ospedalizzazione, le cause di ricovero, la scarsa utilizzazione del day hospital, la fuga dalle Regioni meridionali verso quelle settentrionali, pongono interrogativi sui modelli organizzativi adottati dalle varie Regioni per un appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

## Parti cesarei

Confermando la tendenza degli anni precedenti, anche nell'anno 2006 il 37,4% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali (23,9% in Friuli Venezia Giulia e Toscana, 42% nel Lazio, 52,9% in Sicilia, 60,8% in Campania), che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo al parto chirurgico (soprattutto nelle case di cura accreditate e nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere). Infat-



ti, sono percentuali molto superiori rispetto alla media europea (23,7%) e alla soglia del 10-15% che, secondo l'OMS, garantisce il massimo beneficio complessivo.

## Mortalità in età pediatrica

Il tasso di mortalità infantile misura la totalità nel primo anno di vita. L'ultimo dato fornito dall'ISTAT risale al 2006 e indica un tasso di 3,4/1000 nati vivi. Negli ultimi 5 anni si evidenzia una netta diminuzione della mortalità nel primo anno di vita, che è passata da 4,0 a 3,0 morti/1000, con una riduzione del 50% degli ultimi 15 anni, anche se persistono notevoli differenze territoriali a svantaggio delle Regioni meridionali.

A livello regionale permangono differenze per quanto riguarda la mortalità perinatale: ad esempio, nel 2006, in Basilicata è stato registrato un tasso pari a 7,0 mentre in Valle d'Aosta era pari a 0,8, da attribuire alla diversa efficienza territoriale del sistema sanitario (determinanti distali) e quindi a conferma del fatto che in alcune Regioni persistono carenze nell'assistenza neonatale e infantile che dovrebbero essere migliorate, soprattutto nel Sud, come Calabria, Sicilia, Basilicata, Puglia, Campania, nonché nel Lazio. In queste Regioni sarebbero necessari maggiori interventi nella cura dei neonati prematuri.

La distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita rileva come dal 2002 al 2006 pesi <1500 grammi si osservino nell'1% dei nati. La distribuzione dei parti per classi di punto nascita evidenzia che nelle Regioni del Nord (Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna) oltre l'84% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1000 parti annui). Al contrario, nelle Regioni del Sud quali Abruzzo e Sicilia, rispettivamente solo il 30% e il 45% dei parti si svolgono in strutture con oltre 1000 parti annui.

## Suicidi tra minorenni

Le fonti d'informazione al riguardo sono due: i dati ISTAT sulle cause di morte rilevate dai Comuni, disponibili fino al 2006, e le statistiche giudiziarie penali dell'ISTAT sui suicidi e tentati suicidi accertati dalle Forze dell'Ordine, disponibili fino al 2007. Le due fonti utilizzano dati che non consentono un confronto a causa delle differenti modalità di rilevazione.

I tassi di suicidio nei bambini e negli adolescenti sono un evento raro e aumentano

con l'età. I dati aggiornati al 2003 e al 2006 indicano che i tassi di suicidio per le fasce di età 10-14 e 15-19 anni sono in leggera diminuzione, rispettivamente pari a 3,5 e 1,4 per milione per la classe 10-14, mentre per la fascia 15-19 pari a 25,6 e 17,5 per milione.

Prendendo in considerazione solo i dati delle statistiche giudiziarie penali per il 2003 e 2006, si hanno rispettivamente 0,40 e 0,13 suicidi accertati per milione per la fascia di età 0-13 anni e rispettivamente 15,9 e 12,8 per la fascia di età 14-17 anni.

L'analisi della distribuzione geografica dei suicidi evidenzia che i tassi per la fascia 10-14 anni, per entrambi i sessi, sono leggermente più elevati al Sud rispetto alle altre aree geografiche e confrontati con le altre fasce di età, mentre per la fascia 15-19 anni sono più elevati al Nord del Paese. Il persistente stigma sociale che circonda il suicidio, la cultura tradizionale italiana e il livello di accuratezza nella certificazione nelle cause di morte violenta sono fattori che potrebbero contribuire a una sottostima del fenomeno e alle differenze osservate tra il Nord e il Sud d'Italia.

## CONCLUSIONI

Il secondo Rapporto supplementare contribuisce a mettere in evidenza e conferma che i determinanti distali della salute (la povertà, l'istruzione, la *literacy*) si distribuiscono in modo diseguale nella popolazione; che nell'infanzia tutto questo è mediato anche dalla condizione dei genitori, e che questo ha un effetto diretto sui determinanti prossimali. Cioè i genitori e i loro bambini subiscono limitazioni nelle scelte e maggiori comportamenti a rischio che a loro volta aumentano il rischio di malattia, che quando si presenta è accompagnata da un ridotto accesso alle cure e a minori opportunità di evitare le complicanze. Tutto questo in Italia si concentra al Sud e comunque nelle classi sociali povere; queste disuguaglianze nella salute sono profondamente ingiuste perché riflettono una distribuzione inappropriata dei fondamentali fattori sociali determinanti di salute (l'accesso alle opportunità educative, alla sanità...).

## Indirizzo per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: [dirg.cirillo@aslna1.napoli.it](mailto:dirg.cirillo@aslna1.napoli.it)

## Bibliografia

1. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in Health. *J Epidemiol* 2003;57:254-8.
2. Calman K. Equity, poverty and health for all. *BMJ* 1997;314:1187-91.
3. Brooks-Gunn J, Duncan J. The Effects of Poverty on Children. *The Future of Children Children and Poverty*, Summer/Fall 1997;7: 55-71.
4. Rahkonen O, Lahelma E. Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health. *Soc Sci Med* 1997;44:327-36.
5. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Sesto Fiorentino (Firenze): Edizioni ETS, 2006, pag. 71-84.
6. Cirillo G. Disfattismo e rappresentazioni della realtà. *Quaderni acp* 2009;16:250-3.
7. Cirillo G. Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno. *Quaderni acp* 2009; 16:247-9.
8. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health* 2005;365:1099-103.
9. Claussen B, Smith GD, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:40-5.
10. Van de Mheen H, Stronks K, Looman C, Mackenbach J. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:15-9.
11. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health Health and life Course: why safety nets matter. *BMJ* 1997;314:1194-6.
12. Lowry R, Kann L, Collins LJ. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA* 1996; 276:792-7.
13. Okasha M, McCarron P, McEwen J, Durin J, Smith GD. Childhood social class and adulthood obesity: findings from the Glasgow Alumni Cohort. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:508-9.
14. Perez JG, Sanchez MG. Repeat Consultations in Pediatric hospital Emergencies. *An Esp Pediatr* 1996;44:321-5.



## Comunque minori, mai clandestini

### Breve analisi delle vigenti norme in materia di accesso alle cure dei minori stranieri presenti sul territorio nazionale

GIANFRANCO SCHIAVONE

Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

**FIRST AND FOREMOST CHILDREN, NOT IRREGULAR MIGRANTS**  
(*Medico e Bambino* 2010;29:228-230)

#### Key words

Child rights, Access to health and social services, Legislation, Irregular migrants

#### Summary

*The content and the impact of the recent legislation on internal security on migrant children and particularly on children whose parents are irregular migrants is presented and discussed. Also due to the mobilization of civil society and NGO, little has been formally changed with respect to the right to access health and educational services by migrant children, but the legislation, by introducing the concept of irregular migration as a crime, has created ambiguity and uncertainty among professionals and the population and have led irregular migrant workers and their family members to limit their access to health and social services, because of their fear of being identified. Professionals involved in child health and education should become acquainted with the contents and implications of the new legislation and ensure that the principle of the right of access to health educational and social services, irrespective of the administrative position of the parents, as well as the principle of the superior interest of the child, are applied in all circumstances. Regional legislation can help improve and clarify the contents of national laws.*

Nell'ultimo anno anche il diritto di accesso degli stranieri, adulti e minori, alla sanità pubblica è stato oggetto di un dibattito politico sempre più esasperato sul tema della "sicurezza". Calato il clamore sulle proposte avanzate e non accolte, che esamineremo, è lecito porsi l'interrogativo se lo scopo recondito di dette proposte, più che di modificare delle norme, non sia stato proprio quello di introdurre anche al mondo sanitario (rimasto finora immune) quella formidabile "fabbrica della paura" (per usare una felice espressione di Rodotà) che è oggi il cuore della politica normativa in materia di immigrazione e asilo. Potrei subito concludere questo articolo ricordando che in

materia di accesso alle cure sanitarie la Legge 94/09 (detta Pacchetto Sicurezza) non ha apportato alcuna modifica. Ritengo invece sia importante cogliere l'occasione di quanto è accaduto per ribadire, sia pur per sommi capi, quali siano i principi giuridici fondamentali della materia in oggetto, non fosse altro che per dissipare paure forse non ancora del tutto superate.

È alla Costituzione della Repubblica che dobbiamo primariamente guardare per comprendere bene la tematica. All'art. 32 vi si sancisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Come si può ben vedere, la norma fa riferimento a diritti inalienabili dell'essere umano che la Repubblica "riconosce" e non "concede" in relazione a situazioni o a precondizioni determinate. Il diritto ai trattamenti sanitari è quindi un diritto fondamentale dell'individuo, indipendentemente dal suo *status civitatis*, a tutela del "nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazione *prive di tutela*, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto" (Nota 1).

Per necessaria brevità non tratterò qui della condizione degli stranieri regolarmente soggiornanti di cui all'art. 34 del Testo Unico (TU) delle norme sull'immigrazione e mi limito a ricordare che per la maggior parte dei motivi di soggiorno (specie per lavoro) la legge dispone che gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e i loro familiari abbiano il diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e abbiano parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani.

Che avviene però con gli stranieri non in regola con le norme (sempre più restrittive) sul soggiorno? E con i loro figli minori? Cosa è eventualmente cambiato a seguito delle nuove norme introdotte dalla Legge 94/09 nel rapporto tra personale sanitario e straniero in situazione irregolare? Ebbene, va sottolineato che "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 35, comma 3, del TU sull'immigrazione). La stessa norma dispone che sono, in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della convenzione;
- c) le vaccinazioni, gli interventi di profi-

**Nota 1.** v. sentenze della Corte Costituzionale n. 432 del 2005, n. 233 del 2003, n. 252 del 2001, n. 509 del 2000, n. 309 del 1999, n. 267 del 1998

lassi internazionale, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Il contenuto della norma è molto chiaro, escludendo ogni ambiguità interpretativa: vi si fa riferimento a tutte le cure essenziali e urgenti disponendo che le prestazioni siano erogate anche in via continuativa fino a conclusione dell'iter terapeutico. La norma fa esplicito riferimento alla tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della Legge 27 maggio 1991, n. 176. I minori, figli di stranieri anche irregolarmente presenti, possono quindi accedere ai servizi pediatrici, organizzati su base ambulatoriale e ospedaliera, ed essere seguiti anche in via continuativa. Tuttavia, non essendo iscritti al SSN, questi minori non possono avere il pediatra di libera scelta. Si tocca qui un punto di criticità della norma: se infatti il principio chiave della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo è che *"in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente"* (art. 3) e la stessa Convenzione prevede *"il diritto del minore a godere del miglior stato di salute possibile e di godere dei servizi medici e di riabilitazione"* (art. 24) si può almeno dubitare che le disposizioni di cui al citato art. 35 del TU sull'immigrazione siano pienamente idonee a garantire una rigorosa attuazione di quanto previsto dalla citata Convenzione. Nella prassi ciò può certo avvenire con una buona organizzazione dei consultori pediatrici, nonché con la partecipazione di pediatri volontari nella gestione dei servizi sanitari rivolti agli stranieri irregolari (Nota 2); tuttavia,

condividendo proposte già sollevate in molte occasioni (Nota 3), ritengo che sarebbe opportuna una modifica alla norma primaria che sancisca il diritto/dovere di iscrizione al SSN di tutti i minori comunque presenti sul territorio nazionale. Alcune Regioni hanno iniziato a garantire questa assistenza, ma si tratta di esperienze ancora limitate che andrebbero assolutamente sostenute anche al fine di determinare una spinta al cambiamento che oggi non c'è. L'eventuale emanazione di normative regionali sulla salute dei minori, più favorevoli rispetto al quadro normativo nazionale, e in espressa attuazione della citata Convenzione di New York, appare compatibile con la ripartizione di competenze tra Stato e Regioni in materia di organizzazione dei servizi socio-sanitari ai sensi dell'art. 117 della Costituzione.

Se, come si è visto, la norma primaria in materia di accesso alle cure da parte dei cittadini stranieri irregolarmente presenti non è mutata, va parimenti ricordato che tale accesso rimane sottoposto alle condizioni indicate al quinto comma dello stesso art. 35 del TU sull'immigrazione che prevede che *"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"*. È questo il comma di cui alcune forze politiche proponevano l'abrogazione e che è stato oggetto di una vigorosa e compatta difesa da parte del mondo sanitario, attraverso iniziative spontanee o aggregate attorno alla campagna nazionale *"Divieto di segnalazione"* (Nota 4). La disposizione citata è rimasta pienamente in vigore e costituisce un punto cardine del sistema sanitario per gli stranieri. Nell'ottica di una piena attuazione di quanto disposto dalla Carta costituzionale i due aspetti (diritto di cura e divieto di segnalazione) sono tra loro strettamente connessi. Infatti se, come

si è visto, l'accesso alle cure costituisce un diritto inalienabile dell'individuo, indipendentemente dal suo status giuridico, solo un accesso che avviene in condizioni di non rischio di essere denunciati in ragione della mera irregolarità di ingresso e soggiorno permette di dare effettività al diritto alle cure. Va posta attenzione al fatto che la norma non parla di sottoposizione alle cure ma ben più ampiamente di *"accesso alle strutture sanitarie"*. L'espresso divieto di segnalazione della condizione di irregolarità dello straniero non riguarda quindi solo il personale sanitario in senso stretto, bensì anche il personale amministrativo e chiunque operi nella sanità.

Se il divieto di segnalazione è rimasto legge dello Stato, perché allora sono sorti dei dubbi sull'applicazione della norma? Il dubbio si è ingenerato in relazione a un possibile conflitto interpretativo tra la norma generale e il nuovo reato introdotto dal cosiddetto Pacchetto Sicurezza (art. 10 bis della Legge 94/09) che sanziona penalmente (con un'ammenda) l'ingresso e il soggiorno irregolare dello straniero. Ci si è chiesti se il personale sanitario e amministrativo, nella sua qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, sia obbligato, ai sensi dell'art. 331 del Codice di Procedura Penale, a denunciare lo straniero irregolare essendo venuto a conoscenza, nell'esercizio del suo lavoro, di un reato perseguibile d'ufficio, o se invece, a parte ogni altra considerazione deontologica, prevalga il divieto di segnalazione che, come si è visto, è vigente. La risposta a questo interrogativo, pur legittimo, è molto chiara: il divieto di segnalazione nei confronti dello straniero irregolare che accede alle cure costituisce disposizione speciale, che prevale, fungendo da esimente, rispetto all'obbligo di denuncia all'autorità per il reato di cui al citato art. 10 bis.

In parole semplici, ciò significa che quel nuovo obbligo che in altri contesti (attenzione: non in tutti i campi) è posto in capo al pubblico ufficiale, non vige affatto nell'ambito sanitario, dove invece vige esattamente il contrario, ovvero il tassativo divieto di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Dopo essere stato oggetto di chiarimenti in tal senso da parte della maggior parte delle Regioni, tramite proprie circola-

**Nota 2.** Al fine di garantire l'assistenza sanitaria agli stranieri privi di permesso di soggiorno, il Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 art. 43 comma 3, stabilisce che *"La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del Testo Unico, utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico [...]"*

**Nota 3.** Vedasi il recente documento della SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni) *"Di quali leggi abbiamo bisogno"*, gennaio 2010, in [www.simm.it](http://www.simm.it)

**Nota 4.** La campagna nazionale *"Divieto di segnalazione"* è stata promossa da ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione), MSF (Medici senza Frontiere), SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni), OISG (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale) - vedi sito [www.medicisenzafrontiere.divietodisegnalazione.it](http://www.medicisenzafrontiere.divietodisegnalazione.it)



ri, la piena vigenza del divieto di segnalazione è stata altresì riconosciuta dallo stesso Ministero dell'Interno con la circolare n. 12/09 diramata il 27 novembre 2009.

In chiusura ritengo di dovere fare almeno un cenno a un altro tema che, pur essendo estraneo all'ambito sanitario, è di grande interesse per i pediatri nel loro quotidiano rapporto con le famiglie di immigrati, anche irregolarmente soggiornanti, nonché con le istituzioni scolastiche: il tema appunto dell'istruzione dei minori stranieri.

Si noti che l'istruzione è un diritto garantito a tutti dall'art. 34 della Costituzione e dall'art. 28 della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo. D'altronde l'art. 38, comma 1 del TU sull'immigrazione stabilisce chiaramente che *"I minori stranieri presenti sul territorio sono soggetti all'obbligo scolastico; a essi si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di diritto all'istruzione, di accesso ai servizi educativi, di partecipazione alla vita della comunità scolastica"*.

La Legge 94/2009 ha modificato l'art. 6, comma 2 del TU 286/98, prevedendo che *"Fatta eccezione per i provvedimenti riguardanti attività sportive e ricreative a carattere temporaneo, per quelli inerenti all'accesso alle prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35 e per quelli attinenti alle prestazioni scolastiche obbligatorie, i documenti inerenti al soggiorno di cui all'articolo 5, comma 8, devono essere esibiti agli uffici della pubblica amministrazione ai fini del rilascio di licenze, autorizzazioni, iscrizioni e altri provvedimenti di interesse dello straniero comunque denominati."* (Nota 5) Si può dunque vedere come, al pari della sanità, anche l'accesso del minore straniero alle prestazioni scolastiche obbligatorie in quanto diritto fondamentale inalienabile del minore (Nota 6) (si badi bene: a tutte le

**Nota 5.** *I sospetti di illegittimità costituzionale della nuova disposizione per ciò che attiene gli atti di stato civile, in quanto relativi a diritti fondamentali della persona, solo in parte vengono attenuati per le registrazioni delle nascite dei bimbi stranieri, dalla circolare "interpretativa" del Ministero dell'Interno n. 19 del 7.8.2009, che ha escluso per esse l'obbligo di esibizione del titolo di soggiorno "trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto"*.

**Nota 6.** *Per una completa disamina del tema vedasi l'analisi giuridica "I minori stranieri extracomunitari e il diritto all'istruzione dopo l'entrata in vigore della Legge n. 94/2009" su [www.asgi.it](http://www.asgi.it)*

prestazioni scolastiche del sistema integrato educazione-formazione professionale, e a tutti i servizi educativi) prescindendo dal possesso di un titolo di soggiorno, che pertanto non potrà in nessun caso essere richiesto.

**Indirizzo per corrispondenza:**

Gianfranco Schiavone

e-mail: [gianfrancoschiavone@gmail.com](mailto:gianfrancoschiavone@gmail.com)



## L'ascolto del minore in ambito giudiziario

ANNA APRILE

Dipartimento di Medicina ambientale e Sanità pubblica, Sede di Medicina legale, Università di Padova

### JUDICIAL HEARING OF CHILDREN

(Medico e Bambino 2010;29:230-232)

#### Key words

Judicial hearings, Children, Divorce, Foster care, Adoption, Violence, Abuse

#### Summary

*In Italy, the current legislation regarding the rights of children in judicial processes is still piecemeal and subject to interpretation by the judges. Recently, a legal representative of children in all judicial processes regarding them, such as in case of foster care or adoption, and particularly when there might be conflict of interests between the child and the parent such as in case of divorce, has been introduced. In case of adoption, for example, the child has a direct voice if over 12 years or even at an earlier age if recognized capable to do so. There are still, however, uncertainties and differences across the Courts in the application of the law, and as a consequence children's rights according to the International Convention of the Rights of the Child cannot yet be considered as fully guaranteed. The same is true for the judicial hearing of children in trials where they are either victims or witnesses, such as in case of domestic violence and abuse. Also, judicial hearings should be carefully evaluated and always accompanied by psychological support in order to avoid any harm to the child. A more comprehensive and coherent legislation should be introduced.*

**I**l secondo Rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia descrive lo stato della normativa italiana per quanto riguarda l'ascolto del minore in ambito giudiziario.

Ricordiamo che la necessità di monitorare questo aspetto deriva dalla stessa Convenzione la quale, all'art. 12, statuisce che "Gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di ma-

turità. A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale."

Ricordiamo ancora che, al momento attuale, non si è ancora realizzata all'interno del nostro ordinamento la riforma della giustizia minorile la quale, auspica da anni, dovrebbe dare maggiore organicità al sistema contemperando all'interno di un unico organo specializzato le competenze in materia minorile e di diritto di famiglia.



È tuttora vigente, pertanto, in carenza della riforma, la suddivisione in tema di affidamento e mantenimento dei figli che rimane di competenza del Tribunale per i Minorenni (TPM) qualora si tratti di figli naturali e di competenza del Tribunale ordinario qualora si tratti di figli legittimi.

È, invece, entrato in vigore il 1° luglio 2007, dopo anni di rinvii, quanto stabilito dalla Legge 149/2001 (Legge 28 marzo 2001, n° 149, Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante “Disciplina dell’adozione e dell’affidamento dei minori” nonché al titolo VIII del libro primo del Codice Civile) che introduce la figura del “legale del minore”. Questa figura assume un ruolo importante nel contesto dell’ascolto giudiziario dei bambini e dei ragazzi, poiché il difensore potrà farsi garante dell’interesse del minore valutando tutti gli aspetti della vicenda legale, tra cui anche i tempi e i modi della sua audizione.

È opportuno menzionare che l’introduzione del principio della difesa tecnica del minore nei procedimenti che li vedono coinvolti scaturisce: a) dalla Convenzione di Strasburgo del 25 gennaio 1996 (resa esecutiva in Italia nel 2003) che all’art. 9 prevede che “nelle procedure riguardanti i fanciulli, allorché secondo la legge interna i titolari delle responsabilità parentali siano privati della facoltà di rappresentare il fanciullo a causa di un conflitto di interessi con lui, l’autorità giudiziaria ha il potere di nominargli un rappresentante speciale. Le parti esaminano la possibilità di prevedere che, nelle procedure riguardanti i fanciulli, l’autorità giudiziaria abbia il potere di nominare un rappresentante diverso per il fanciullo e nei casi appropriati un avvocato” e b) dalla riforma prevista dalla legge costituzionale del 23 novembre 1999 che ha introdotto nel nostro ordinamento la disciplina del “giusto processo”, secondo la quale ogni processo deve svolgersi in condizioni di parità tra le *parti* davanti a un giudice terzo e imparziale.

Non sono uniformi in Dottrina e in Giurisprudenza i pareri se il minore sia da considerare *parte*, in senso tecnico, in ogni procedimento che lo riguarda<sup>1</sup>. La questione ha risvolti pratici non indifferenti se si considera che solo in tal caso sarebbe sempre necessaria la presenza dell’avvocato difensore del minore. Sussistono dubbi interpretativi anche circa la necessità di dover assicurare la difesa tecnica del minore *in ogni caso* o solo nelle circostanze in cui sia possibile ipotiz-

zare un conflitto di interesse tra il minore e i genitori. Questi dubbi e queste non uniformi interpretazioni della Dottrina, associati alla carenza di una disciplina di applicazione della norma relativa alla difesa tecnica del minore, determinano, di fatto, una grande variabilità nelle varie sedi giudiziarie del nostro Paese, e dal Rapporto emerge con chiarezza che le prassi adottate in ambito forense non sono uniformi, in particolare con riferimento all’ascolto del minore in ambito civile.

## L’AUDIZIONE DEL MINORE IN AMBITO CIVILE

Fermo restando le incertezze interpretative relative al ruolo del legale del minore, il Rapporto ricorda che, nel contesto civile, i riferimenti normativi che prevedono l’ascolto del minore sono quelli della Legge 149/2001 e della Legge 54/2006.

Si tratta rispettivamente della disciplina sull’adozione e sull’affido dei minori e della disciplina dell’affido congiunto dei figli in caso di separazione dei genitori (Legge 8 febbraio 2006, n. 54 “Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli”).

Da queste fonti si evince che sono individuabili due aree distinte che prevedono l’ascolto del minore: una relativa alle procedure di adottabilità e ai procedimenti *de potestate*, attualmente di competenza del TPM, la seconda relativa ai procedimenti di separazione e divorzio, di competenza del Tribunale ordinario. Le procedure *de potestate* sono quelle che riguardano la decadenza o la reintegrazione della potestà genitoriale, la condotta pregiudizievole ai figli, la rimozione e riammissione all’esercizio dei beni del figlio.

Consideriamo dapprima le procedure di competenza del TPM. Sia per quanto riguarda le procedure di adottabilità sia per quanto riguarda le procedure *de potestate*, la Legge 149/2001 ha previsto l’assistenza legale del minore, che potrà valutare l’interesse dello stesso alla sua audizione. Per l’adozione è indicato esplicitamente che il minore “deve essere sentito” se ha già compiuto i 12 anni, o anche se di età inferiore qualora manifesti sufficiente capacità di discernimento e che “debba prestare il proprio consenso” se ha compiuto 14 anni o se li compia nel corso del procedimento; per i procedimenti *de potestate* secondo l’in-

terpretazione della maggior parte dei Tribunali, il giudice potrà nominare un curatore speciale al minore in presenza di un conflitto di interessi tra il genitore e il minore; sarà quindi il curatore - preferenzialmente un avvocato - che dovrà valutare ed, eventualmente, garantire il suo diritto all’ascolto e della presa in considerazione della sua volontà. In Dottrina viene rilevata la difficoltà di definire la capacità di discernimento del minore<sup>2,3</sup>.

Considerando ora le procedure di competenza del Tribunale ordinario va rilevato che, al pari di quel che avviene per l’ascolto del minore nei procedimenti dinnanzi al TPM, il Rapporto osserva che non vi è omogeneità di interpretazione tra i vari uffici giudiziari del nostro Paese. Esistono, inoltre, motivi di disomogeneità, cui si è già accennato, tra l’interpretazione del Rapporto governativo e la prevalente Dottrina e Giurisprudenza sulla qualificazione del minore come *parte* nell’ambito del procedimento di separazione dei suoi genitori.

Secondo il Rapporto governativo sarebbe necessario che nei procedimenti di separazione davanti al Giudice ordinario fosse garantita la difesa tecnica del minore in quanto, ancora una volta, *parte* interessata; secondo la Dottrina prevalente, invece, non vi sarebbe alcuna legittimazione del minore a essere difeso e rappresentato all’interno di un procedimento che riguarda i suoi genitori, fermo restando, comunque, il suo diritto a “essere sentito”. Non di rado si assiste a una soluzione che consiste nell’affidare a un consulente tecnico nominato dal Giudice il ruolo di “sentire il minore”<sup>4</sup>. Per giungere a una prassi uniforme nei vari Tribunali sono stati redatti diversi protocolli d’intesa elaborati dagli operatori del Diritto: secondo il “protocollo di Milano” l’audizione del minore non è obbligatoria ma lasciata alla discrezionalità del giudice<sup>5</sup>, secondo il protocollo redatto dalla Commissione Famiglia e Minori e dall’Ordine degli avvocati di Roma, invece, dovrebbe esserci sempre l’ascolto del minore alla presenza di un suo legale<sup>6</sup>.

In sintesi, con riferimento all’ambito dell’audizione del minore in ambito civile, gli strumenti normativi a tutt’oggi disponibili non risultano ancora sufficienti, in carenza di direttive interpretative orientate in tal senso, a garantire la piena attuazione della Convenzione.

## L'AUDIZIONE DEL MINORE IN AMBITO PENALE

Per quanto riguarda il procedimento penale, l'assetto normativo del nostro ordinamento prevede, allo stato, l'audizione del minore parte offesa e/o vittima di un reato sessuale.

Le disposizioni giuridiche che regolano l'audizione del minore in ambito penale sono contenute nelle norme del Co-

dice di Procedura Penale. L'adozione del modello accusatorio introdotto con la riforma del 1988 prevede la formazione della prova nella fase dibattimentale. Questo implica che le indagini precedentemente esperite e le testimonianze ottenute dagli organi di polizia giudiziaria o dal pubblico ministero devono essere necessariamente riproposte nel corso del dibattimento<sup>7</sup>, con indubbe ripercussioni negative sulla salute psichica del minore che potrebbe essere costretto da necessità processuali a rievocare l'esperienza traumatica. Per evitare che questo avvenga è possibile far ricorso alla procedura dell'incidente probatorio. L'incidente probatorio può essere richiesto al giudice per le indagini preliminari sia dal pubblico ministero sia dalla difesa dell'indagato. È in questo contesto che si inserisce l'audizione del minore vittima di reato, audizione che viene definita *protetta* in virtù del fatto che, qualora la vittima abbia meno di 16 anni, è prevista la possibilità del giudice di avvalersi di un esperto di psicologia infantile per formulare le domande e di una struttura appositamente attrezzata (si tratta di ambienti con specchio unidirezionale e localizzati, per lo più, al di fuori del Tribunale), per evitare che il minore sia a diretto contatto con troppe persone, tra le quali potrebbe essere presente anche il sospetto abusante.

Tale procedura è prevista esplicitamente per i reati sessuali ed è finalizzata da un lato a garantire i diritti della difesa, dall'altro a proteggere con un procedimento probatorio *ad hoc* la testimonianza del tutto peculiare del soggetto minore possibile vittima di abusi. Il Rapporto sottolinea come, nonostante la validità dell'istituto dell'audizione protetta, si debba constatare che questo è stato applicato con procedure poco adeguate e non sempre rispettose del minore. Un ulteriore aspetto di criticità evidenziato dal Rapporto è il mancato coordinamento che talora si osserva tra i diversi livelli della Magistratura che si occupano del caso (Procura ordinaria e, per i minorenni, Tribunale ordinario e per minorenni).

Un'ultima riflessione che scaturisce dal tema dell'audizione protetta del minore - sia questi vittima o testimone nel procedimento penale - è quella che riguarda i tempi della procedura e il possibile conflitto tra le esigenze di Giustizia e le esigenze di tutela della salute del minore.

Accade, infatti, che, a seguito di rivelazioni del minore che abbiamo comportato la segnalazione all'autorità giudiziaria, si vengano a realizzare simultaneamente due necessità: quella propria di Giustizia, volta a verificare la sussistenza dell'ipotesi di reato, e quella di "riparazione"<sup>8</sup>, consistente nel dare risposta al bisogno del bambino che, proprio nel momento in cui è stata riattivata, con la rivelazione, l'esperienza traumatica, deve poter tempestivamente beneficiare di una presa in carico psicoterapeutica.

È in questa fase che bisognerebbe contemperare con grande equilibrio e professionalità i due obiettivi, non essendo condivisibile la violazione o la subordinazione del diritto di cura tempestiva del minore all'esigenza del processo.

### Indirizzo per corrispondenza:

Anna Aprile

e-mail: [anna.aprile@unipd.it](mailto:anna.aprile@unipd.it)

### MESSAGGI CHIAVE

□ Le disuguaglianze tra Centro, Nord e Sud Italia sono tuttora rilevanti e da considerarsi inaccettabili per le loro conseguenze sui bambini. Esse riguardano sia la prevalenza della povertà e i livelli di istruzione della popolazione, sia l'accesso ai servizi quali i nidi per l'infanzia, sia gli stili di vita quali nutrizione e attività fisica, sia infine indicatori sociali quali l'abbandono scolastico, e di salute, quali la mortalità infantile e la prevalenza dell'obesità.

□ Nonostante alcune recenti disposizioni legislative che introducono la figura del rappresentante legale degli interessi dei minori nei procedimenti che li riguardano, quali cause di separazione, divorzio ecc., la legislazione in materia è ancora frammentaria, contraddittoria, e quindi soggetta a interpretazioni discordi. Parimenti insufficienti a garantire i diritti dei minori sono le prassi che tuttora caratterizzano l'ascolto giudiziario del minore, spesso poco tutelato nella sua privacy e integrità psicologica.

□ La recente legislazione che ha introdotto il reato di clandestinità ha prodotto una serie di implicazioni normative e di costume che mettono, esplicitamente o implicitamente, a serio rischio i diritti dei minori in tema di assistenza, istruzione, integrazione, diritto allo stare con i genitori ecc. Gli operatori professionali dell'infanzia hanno il dovere di conoscere le disposizioni di legge in modo da evitarne interpretazioni peggiorative e comportamenti discriminatori immotivati, e comunque di far rispettare il superiore interesse del minore, come stabilito dalla Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia.

### Bibliografia

1. Pricoco M. La difesa tecnica nei giudizi minorili alla luce dell'entrata in vigore delle norme processuali della legge 149/01. Relazione presentata a Catania in data 8 febbraio 2008 in occasione della costituzione a Catania della Camera Minorile. [www.minorifamiglia.it](http://www.minorifamiglia.it).
2. De Luca M. L'audizione del minore nel processo civile come diritto e come strumento probatorio. *Minori Giustizia* 1998;4:56-9.
3. Dell'Antonio AM. I diritti del minore nella famiglia e nella società. Relazione all'incontro di studi del CSM del 21-23/1/99 sul tema "La tutela della persona nella famiglia e nella società".
4. Vercellone P. La consulenza tecnica di ufficio nei procedimenti per separazione e divorzio. *Minori Giustizia* 1996;2:90-5.
5. Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano - Gruppo Famiglia e Minori. Protocollo sull'interpretazione e applicazione della legge 8 febbraio 2006, n° 54 in tema di ascolto del minore. [www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2333.pdf](http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2333.pdf).
6. Commissione Famiglia e Minori del Consiglio dell'Ordine degli avvocati di Roma, Protocollo per l'audizione del minore. [www.cameraminorile.com](http://www.cameraminorile.com)
7. Valvo G. Audizione protetta del minore vittima di abuso sessuale. In: De Cataldo Neuberger L. Abuso sessuale di minore e processo penale. Padova: Cedam 1997:259-74.
8. Malacrea M. Trauma e Riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998.