

25 anni in Italia, 70 nel mondo



Gli Stati Generali:
***“La Povertà
Sanitaria Minorile
in Italia”***

Fondazione
Francesca Rava
in collaborazione
con KPMG in Italia

*20 Novembre 2025
Sede Ripa,
Ministero della Salute, Roma*

EXECUTIVE SUMMARY

Da oltre dieci anni il **Network KPMG** e la **Fondazione Francesca Rava** collaborano attivamente per sensibilizzare sull'urgenza della povertà sanitaria in Italia e promuovere interventi concreti a favore dei bambini e degli adolescenti più fragili. Nel luglio 2024, questa collaborazione ha dato vita a un primo momento di confronto istituzionale, finalizzato a rafforzare il dialogo con i territori e a consolidare l'iniziativa «In farmacia per i Bambini», con l'obiettivo di ampliarne l'impatto sociale e favorire una partecipazione sempre più attiva delle comunità locali.

L'elevato interesse e la forte partecipazione registrata hanno confermato la necessità di proseguire questo percorso, portando alla decisione di organizzare gli Stati Generali per il Diritto alla Salute dei Minori in Povertà Sanitaria, previsti per novembre 2025.

L'iniziativa ha avviato un tavolo strutturato di dialogo e co-progettazione tra istituzioni, esperti e stakeholder pubblici e privati, con l'obiettivo di tradurre l'analisi dei bisogni in soluzioni concrete e implementabili, capaci di garantire un accesso equo a cure, servizi e beni essenziali per l'infanzia più fragile.

L'evento si è articolato in tre momenti principali:

- una contestualizzazione dei dati e degli indicatori chiave;
- un confronto tra esperti su criticità emergenti e opportunità di intervento;
- sessioni di dialogo partecipato orientate alla definizione di proposte operative.

| | |
|--|---------|
| 01. Apertura Istituzionale | pag. 4 |
| 02. Prima Sessione: Contesto e Numeri d'impatto | pag. 6 |
| 03. Seconda Sessione: Politiche e strumenti per l'equità sanitaria | pag. 12 |
| 04. Terza Sessione: Territorio e Comunità nulla tutela della salute dei minori | pag. 19 |
| 05. Conclusione | pag. 30 |
| Come è cambiata la povertà | pag. 32 |
| La povertà educativa e relazionale | pag. 35 |
| Agire in rete per contrastare la povertà | pag. 37 |
| Conclusioni | pag. 42 |



.01

APERTURA

ISTITUZIONALE

Relatori:

- **Francesco Saverio Mennini** – Capo Dipartimento, Direzione Programmazione, Ministero della Salute
- **Mariavittoria Rava** – Presidente, Fondazione Francesca Rava



FRANCESCO SAVERIO MENNINI

Capo Dipartimento, Direzione Programmazione, Ministero della Salute

💡 Punti Chiave:

- La povertà sanitaria minorile è multidimensionale: dipende da reddito, istruzione, informazione, cultura e territorio.
- Le differenze regionali creano forti disparità nell'accesso ai servizi, aggravando la vulnerabilità dei minori.
- Le spese catastrofiche, in primis la mobilità sanitaria, rappresentano un peso ingiusto che va ridotto tramite interventi strutturali.

🔒 Key Takeaways:

- L'informazione sanitaria è uno dei fattori più determinanti per l'accesso alle cure: serve educazione continua e capillare, soprattutto per le famiglie svantaggiate.
- La prevenzione è un investimento economico e di salute: aumentati i fondi e avviati programmi dedicati.
- L'integrazione tra ospedale e territorio è essenziale per evitare spostamenti e garantire presa in carico precoce.



MARIAVITTORIA RAVA

Presidente della Fondazione Francesca Rava

💡 Punti chiave:

- Le povertà sanitaria ed educativa richiedono risposte coordinate e concrete, non assistenzialismo.
- Le reti di comunità (volontari, aziende, istituzioni) sono fondamentali per raggiungere i minori più fragili.
- Intercettare i bisogni nelle periferie e facilitare l'accesso ai servizi è essenziale per garantire diritti reali, non solo dichiarati.
- La collaborazione pubblico-privato può generare modelli virtuosi di sostenibilità sociale e sanitaria.



.02

PRIMA SESSIONE: CONTESTO E NUMERI D'IMPATTO

Panel:

- **Chiara Agostini** – Sociologa e Ricercatrice, Percorsi di Secondo Welfare
- **Viviana Mangiaterra** – Associate Professor of Practice, Department of Government, Health and Not for Profit, CERGAS/SDA Bocconi



8 Punti chiave:

- La povertà è cresciuta in modo significativo negli ultimi 15–20 anni: il tasso di povertà assoluta è triplicato (dal 3,1% nel 2007 al 9,7% nel 2023). Diventa sempre meno polarizzata e più complessa, con un'ampia "fascia grigia" di vulnerabilità tra povertà e non-povertà.
- La povertà è multidimensionale: non solo mancanza di reddito, ma anche povertà lavorativa, abitativa, educativa, sanitaria, energetica, digitale.
- È un fenomeno generazionale: colpisce molto di più i minori rispetto agli anziani (13,8% vs 6%).
- Risultano significative la povertà educativa e quella relazionale in quanto si alimentano a vicenda e rafforzano la trasmissione intergenerazionale della povertà.
- Povertà educativa:
 - *Riguarda il mancato accesso a opportunità, competenze e risorse educative essenziali per l'inclusione sociale e l'autorealizzazione.*
 - *I bambini di famiglie svantaggiate hanno peggiori risultati scolastici, minori opportunità sociali e culturali e maggiori difficoltà a inserirsi nel lavoro da adulti.*
- Povertà relazionale:
 - *Consiste nella mancanza di reti familiari, amicali e comunitarie che sostengono la crescita e il benessere.*
 - *Rischia di ridurre le opportunità di socializzazione, sport, cultura, partecipazione.*
 - *Colpisce in modo particolare bambini e adolescenti, aumentando l'isolamento e diminuendo le possibilità di sviluppo.*
- Strategie di contrasto
 - *La presa in carico deve essere personalizzata e costruita su una valutazione multidimensionale dei bisogni.*
 - *È necessario un welfare locale inteso come ecosistema, non come insieme di prestazioni isolate del Comune.*
 - *È necessario agire in rete: pubblico, privato sociale, privato profit, volontariato tramite la coproduzione di servizi.*
 - *Le strategie devono essere adattate alla diversità dei bisogni dei diversi tipi di povertà che si sono sviluppati nel corso del tempo.*
 - *La governance deve evolvere verso modelli collaborativi, con coordinamento stabile tra attori diversi.*

Key Takeaways

- La povertà oggi è più diffusa, meno netta e molto più complessa da intercettare.
- I minori sono la generazione più colpita: contrastare la povertà educativa è prioritario.
- Le dimensioni materiale, educativa e relazionale si intrecciano e generano cicli intergenerazionali di depravazione.
- La risposta efficace è territoriale e in rete: pubblico, privato e terzo settore devono coprodurre interventi e servizi.



VIVIANA MANGIATERRA

SDA Bocconi

Le priorità emergenti in Europa (e in Italia).

La nuova strategia congiunta OMS Europa – UNICEF, in uscita nel 2026, identifica cinque aree prioritarie:

1. Early Child Development (0–5 anni)

- 10 - 15% dei bambini sotto i 5 anni presenta ritardi nello sviluppo fisico, comportamentale o psicologico.

2. Coperture vaccinali

- Declino post-Covid registrato in molti Paesi europei.
- Criticità crescenti 2022–2023.

3. Sovrappeso e obesità infantile

- Crescita esponenziale in Europa, incluse tendenze italiane allineate.

4. Marketing aggressivo

- Settori: tabacco, alcol, cibi non salutari.
- Messaggi mirati tramite tecnologie digitali -> aumento dei risky behaviors tra adolescenti.

5. Salute mentale

- Area di massima preoccupazione, in peggioramento post-Covid.
- Modello europeo rispecchiato pienamente nella situazione italiana.

❸ Punti Chiave

- Contesto italiano: demografia e struttura familiare
 - *L'Italia è un Paese in rapido invecchiamento.*
 - *Natalità in calo da oltre 20 anni.*
 - Aumento di:
 - * famiglie monoparentali;
 - * persone che vivono sole.
 - *Diminuzione delle famiglie estese.*
 - *Transizione alla vita adulta molto tardiva (30+ anni), in linea solo con Spagna e Grecia.*
- Povertà minorile e disuguaglianze socio-territoriali
 - *Minori a rischio di povertà (sotto i 16 anni)*
 - * *Maggior rischio tra bambini di origine straniera.*
 - * *Forti divari regionali:*
 - Nord: lieve riduzione del rischio.*
 - Sud: livelli stabilmente più elevati.*
 - *Abbandono scolastico precoce*
 - * *Più frequente nel Mezzogiorno.*
 - * *Più alto tra:*
 - maschi,*
 - studenti stranieri, soprattutto arrivati in Italia dopo i 9 anni.*
 - * *Fattore protettivo: istruzione dei genitori (secondaria/terziaria -> minor rischio).*
 - *Transizione lenta all'età adulta*
 - * *Causa: precarietà, disoccupazione, salari insufficienti.*
 - * *Impatto diretto su autonomia e benessere giovanile.*
- Accesso e qualità delle cure
 - *Spese sanitarie "catastrofiche"*
 - * *Aumento delle spese che generano impoverimento, soprattutto tra i nuclei a basso reddito.*
 - * *Nei gruppi poveri: pesano farmaci e visite specialistiche.*
 - * *Nei gruppi più ricchi: impatto elevato delle cure odontoiatriche.*
 - *Qualità delle cure: indicatori proxy e criticità*
 - * *Assistenza perinatale*
 - * *Troppi partori in ospedali con meno di 500 nascite/anno.*
 - * *OMS raccomanda ≥ 1.000 per garantire qualità e sicurezza.*
 - * *Cesarei elevati, soprattutto nel settore privato:*
 - * *oltre il 15–18% -> interventi non giustificati clinicamente.*
 - *Appendicectomie negli adolescenti*
 - * *Fino al 50% in laparotomia (in alcune regioni del Sud).*
 - * *Laparoscopia = meno invasiva, recupero più rapido.*
 - * *Indicatore di:*
 - disuguaglianze di accesso,*
 - rischio di sovra medicalizzazione.*

- Coperture vaccinali: luci e ombre
 - *Dati principali:*
 - * Poliomielite: 93–95% -> buono, ma sotto la soglia di sicurezza.
 - * Morbillo: miglioramento post-2017, ma non ancora ottimale.
 - * Meningococco B e Rotavirus: crescita lenta, molto lontani dal 95%
 - *Fattori Critici*
 - * Problemi di offerta (organizzazione).
 - * Scarsa percezione del rischio.
 - * Barriere linguistiche e burocratiche per famiglie migranti.
 - * Forti differenze regionali: coperture fino al 70–74% in alcune zone.
- Sovrappeso e obesità infantile
 - *Bambini delle elementari:*
 - * 19% sovrappeso,
 - * 10% obesi,
 - * 2,6% obesità grave.
 - *Dati perfettamente in linea con trend europei preoccupanti.*
- Salute mentale: l'emergenza più critica
 - *Dati principali emersi dagli studi UNICEF – SDA Bocconi*
 - * 12% segni di possibile dipendenza da videogiochi (soprattutto maschi).
 - * 9% isolamento sociale prolungato (hikikomori-like).
 - * 25% episodi di bullismo riferiti dagli studenti delle superiori.
 - * Uso problematico dei social media in 11–17enni.
 - * 57% dei giovani 15–19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta.
 - * Consumo di alcol e cannabis diffuso tra 11–17 anni.
 - *Criticità nelle risposte dei servizi*
 - * Liste di attesa lunghe.
 - * Carenza di servizi dedicati.
 - * Stigma e scarsa consapevolezza.
 - * Scarso coinvolgimento delle famiglie.
 - * Forte frammentazione tra:
 - sanitario,
 - sociale,
 - educativo.
 - * Grandi differenze territoriali nell'offerta.
 - *Passaggio ai servizi adulti*
 - * La transizione intorno ai 18 anni è un punto altamente critico: -> rischio con creto di “perdere” i giovani nei percorsi di cura.

Key Takeaways

- Fattori che facilitano o ostacolano l'integrazione
 - Studi UNICEF/SDA Bocconi hanno identificato:
 - * *Facilitatori: governance regionale attiva, protocolli condivisi, alleanze inter settoriali.*
 - * *Ostacoli: frammentazione, carenza di risorse, differenze organizzative territoriali.*
- Problemi strutturali identificati
 - *Denatalità e cambiamento dei modelli familiari.*
 - *Povertà minorile e forti disuguaglianze regionali.*
 - *Differenze nell'accesso e nella qualità delle cure (perinatale, chirurgica, vaccinale...).*
 - *Crescita rapida dei bisogni di salute mentale giovanile.*
 - *Servizi ancora frammentati e insufficientemente coordinati.*
- Opportunità e direzioni d'azione
 - *Investire sulla salute di bambini e adolescenti è:*
 - * *un dovere etico,*
 - * *un investimento sociale ed economico,*
 - * *una condizione per garantire sviluppo sostenibile e diritti umani.*
 - *Necessario un approccio integrato e sistematico, con priorità ai bisogni più urgenti e alle aree a maggiore disuguaglianza.*





.03

SECONDA SESSIONE: “POLITICHE E STRUMENTI PER L’EQUITÀ SANITARIA”

Panel:

- **Romolo de Camillis** – *Direttore della Direzione Generale per lo Sviluppo Sociale e gli Aiuti alle Povertà del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*
- **Liviana Marelli** – *Responsabile, CNCA*
- **Alfredo Procaccini** – *Vicepresidente, Federfarma*

ROMOLO DE CAMILLIS Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Punti Chiave

- La povertà è multidimensionale e richiede risposte integrate da parte di più attori.
- L'Assegno di Inclusione si fonda su una presa in carico sociale personalizzata che necessita di un collegamento strutturato e immediato con i servizi sanitari.
- L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la sfida centrale per migliorare l'accesso alle cure delle persone vulnerabili.
- Persistono barriere culturali tra ruolo dell'assistente sociale e ambiti sanitari/occupazionali.
- Per i minori, l'integrazione prioritaria è quella tra sociale e sanitario, non con i servizi al lavoro.
- Necessario promuovere reskilling degli operatori sociali affinché possano individuare fragilità di natura sanitaria.

Key Takeaways

- Servono meccanismi stabili di connessione tra servizi sociali e sanitari già nella fase di primo contatto.
- Occorre un approccio integrato capace di rispondere alla complessità della povertà minorile.
- La formazione degli operatori è decisiva per superare confini professionali e intercettare precocemente bisogni sanitari.



❶ Punti Chiave

- Focus sui minorenni fuori famiglia (affido e comunità): oltre 30.000 minori, con aumento degli ingressi in comunità e dei minori migranti soli.
- Prevalenza di adolescenti (61,5% tra 11 e 17 anni), spesso con fragilità psicologiche, relazionali e familiari.
- Le comunità educative non possono rispondere da sole alle complessità sanitarie: serve una integrazione reale tra sociale, sanitario ed educativo.
- Tempi di attesa troppo lunghi per diagnosi e trattamenti (oltre un anno in molti territori).
- Mancanza di continuità tra sistemi per minori e per adulti: rischio di abbandono dei percorsi alla maggiore età.
- Problematiche economiche: ticket, costi sanitari, accesso difficile alle cure specialistiche.
- Necessità di rafforzare la neuropsichiatria infantile e creare più comunità terapeutiche integrate.
- Importanza della collaborazione interprofessionale per chiarire ruoli, responsabilità e tutorship.

❷ Key Takeaways

- Il sistema di tutela minorile necessita di priorità di accesso, protocolli territoriali e percorsi rapidi per diagnosi e trattamenti.
- È urgente potenziare i servizi di neuropsichiatria e i presidi terapeutici.
- Occorre garantire continuità 16–18+, evitando interruzioni traumatiche di presa in carico.
- Senza un'integrazione strutturale e stabile tra servizi, il diritto alla salute dei minori non può essere pienamente garantito.



Punti Chiave

- Le 19.000 farmacie italiane costituiscono un presidio di prossimità fondamentale del SSN.
- La farmacia può intercettare precocemente segnali di disagio familiare, psicologico o sociale nei minori.
- Necessità di percorsi formativi integrati che mettano la farmacia nelle condizioni di orientare correttamente verso servizi pubblici.
- Potenziamento della prevenzione, es. vaccinazioni in farmacia dai 12 anni (HPV, etc.) per ridurre barriere logistiche.
- Le farmacie di quartiere, spesso unico presidio accessibile, possono svolgere un ruolo di osservazione, ascolto e orientamento.
- Per valorizzare questo ruolo serve un collegamento strutturato con servizi sanitari e sociali.

Key Takeaways

- La farmacia può diventare parte integrante della rete protettiva territoriale per prevenire e intercettare povertà sanitaria minorile.
- L'accessibilità e la capillarità delle farmacie sono strumenti chiave per ridurre i tempi e le barriere di accesso alle cure.
- Il partenariato pubblico–privato è essenziale per dare continuità agli interventi di prevenzione e supporto ai minori.

“Guardando alle politiche oggi in corso, quale ritenete sia il passaggio chiave per trasformare gli interventi contro la povertà sanitaria minorile da misure frammentate a un vero sistema coordinato e continuativo di presa in carico che valorizza tutti i nodi della rete di prevenzione e di cura? ”

1. Romolo de Camillis – Verso un coordinamento nazionale

Punti Chiave

- Un quadro nazionale comune può rendere più rapido, coerente e coordinato l'intervento contro la povertà sanitaria minorile.
- Necessità di elaborare linee guida nazionali (soft law) per uniformare approcci e integrare sociale e sanitario.
- Possibilità di un Accordo Stato–Regioni per allineare servizi sociali e modelli organizzativi sanitari.
- Obiettivo: ridurre disparità territoriali e dotare i servizi di strumenti condivisi.

2. Liviana Marelli – Governance stabile per superare la frammentazione

❶ Punti Chiave

- Forte frammentazione istituzionale nei temi dell'infanzia (Ministeri, Commissioni, Dipartimenti...).
 - Necessità di luoghi stabili di governance sia a livello centrale che regionale. Senza una governance strutturata e continuativa non si superano frammentazione e sovrapposizioni: il sistema resta inefficace e disomogeneo.
 - Coordinamento unitario di politiche, risorse e priorità.
 - Modelli regionali permanenti con partecipazione di istituzioni, privato sociale e cittadinanza attiva.
-

3. Alfredo Procaccini – Valorizzare la farmacia come presidio coordinato

❶ Punti Chiave

- La farmacia, storicamente e legalmente, è un presidio sanitario territoriale. La farmacia è un alleato naturale per costruire un sistema continuativo, integrato e capillare di prevenzione e supporto ai minori.
- Gli spazi dedicati (telemedicina, vaccini, consulenze) la rendono un luogo adatto alla presa in carico di prossimità.
- Centralità della prossimità dei servizi al cittadino: non deve essere la persona vulnerabile a inseguire i servizi.
- Le farmacie possono contribuire stabilmente a una rete integrata contro la povertà sanitaria.

Conclusioni Trasversali della Sessione

- Integrazione strutturale tra sociale, sanitario ed educativo come condizione non negoziabile.
- Riduzione delle disparità territoriali tramite linee guida, protocolli e governance stabile.
- Investimento nella prossimità: farmacie, comunità locali, servizi territoriali.
- Necessità di accelerare i percorsi diagnostici e terapeutici per i minori vulnerabili.
- Rafforzamento della neuropsichiatria infantile e delle comunità terapeutiche.
- Importanza del reskilling e della formazione congiunta degli operatori.
- Centralità della continuità dei percorsi verso la maggiore età.
- Valorizzazione del partenariato pubblico–privato.



.04

TERZA SESSIONE: “TERRITORIO E COMUNITÀ NELLA TUTELA DELLA SALUTE DEI MINORI”

 **Panel:**

- **Francesca Danese** – Portavoce Forum Terzo Settore Lazio (collegata da remoto)
- **Leonardo Spaziani** – Direttore UOC Disabilità e CAD, ASL Roma 4
- **Andrea Dotta** – Primario Neonatologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
- **Valeria Carlini** – Vice-Direttrice, Consiglio Italiano per i Rifugiati (CIR)
- **Giancarlo Santone** – Direttore Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), Regione Lazio
- **Emanuela Ambreck** – Responsabile Progetti Sanitari, Fondazione Francesca Rava

 **Temi ricorrenti**

- Centralità del territorio: ASL, Comuni, consorzi, scuole, Terzo Settore e grandi ospedali pediatrici devono essere parte di un'unica rete di protezione attiva intorno al minore e alla sua famiglia.
- Presa in carico globale: salute fisica, salute mentale, casa, cibo, scuola, lavoro dei genitori, energia; tutte dimensioni che impattano direttamente sul benessere dei bambini.
- Minori con bisogni complessi (disabilità, migrazione, rifugio, povertà educativa) richiedono percorsi lunghi, continui e integrati, con particolare cura del passaggio 16–18–21 anni.
- Ruolo insostituibile del Terzo Settore e delle fondazioni nel colmare gap, sperimentare modelli innovativi e dare voce ai bisogni emergenti, a patto di avere riconoscimento formale, strumenti finanziari e spazi di governance.
- Necessità di strumenti diagnostici e organizzativi sensibili a lingua, cultura e povertà educativa per evitare sovraccarico e sotto-diagnosi che generano stigma, costi e ingiustizie.
- Cura anche per chi cura: operatori e operatrici esposti a traumi e sofferenza necessitano di supporto strutturato per prevenire il trauma vicario.



Punti Chiave

- Il Codice del Terzo Settore e diverse sentenze della Corte costituzionale riconoscono un ruolo centrale al Terzo Settore, ma co-programmazione e co-progettazione con gli enti locali sono ancora poco sviluppate e spesso in ritardo.
- La frammentazione e l'incertezza delle risorse (fondi europei, regionali, bilanci comunali) rendono difficile programmare interventi stabili per minori e famiglie, soprattutto in ottica preventiva.
- Grave criticità sulle politiche abitative: assenza di fondi strutturali, sfratti frequenti, mancanza di soluzioni per famiglie con minori tradotti in impatti pesanti sulla salute psico-fisica dei bambini.
- I "pacchi alimentari" rappresentano una risposta emergenziale e standardizzata, poco rispettosa dei reali bisogni delle famiglie; esperienze innovative (es. card per la spesa in accordo con i supermercati) permettono scelte più dignitose e adeguate.
- Il Terzo Settore lavora senza strumenti di garanzia finanziaria (a differenza delle PMI), fatica ad anticipare risorse e spesso non viene coinvolto nei momenti decisionali su allocazione dei fondi.
- Povertà multidimensionale: economica, abitativa, energetica (es. famiglie che non riescono a riscaldare casa), alimentare, educativa e relazionale; tutto ciò incide direttamente sul benessere minorile (dalle gite scolastiche alle cure odontoiatriche).
- Persistono "spezzatini" di interventi, con scarsa integrazione tra politiche sanitarie e sociali e utilizzo non pieno dei fondi disponibili da parte di alcuni consorzi di comuni.

Key Takeaways

- Il Terzo Settore è un attore imprescindibile nella lotta alla povertà sanitaria minorile, ma ha bisogno di governance condivisa, strumenti finanziari adeguati e reale coinvolgimento nella programmazione.
- Serve una presa in carico globale del minore (casa, salute, cibo, scuola, energia), superando interventi settoriali e temporanei.
- L'integrazione socio-sanitaria va resa effettiva nei territori, con bilanci che rendano visibile l'impatto del Terzo Settore e tavoli stabili di confronto tra politica, tecnica e società civile.



LEONARDO SPAZIANI

ASL Roma 4

Punti chiave

- La ASL Roma 4 copre un territorio molto esteso, a bassa densità abitativa e con costo della vita inferiore a Roma: ciò la rende attrattiva per famiglie fragili, ma rende complessa l'organizzazione dei servizi di prossimità.
- Le famiglie con bambini con disabilità affrontano anche discriminazioni abitative ("non affittano casa perché abbiamo un figlio disabile"), precarietà lavorativa e isolamento territoriale.
- Modello di lavoro fortemente integrato con i centri di riferimento (Bambino Gesù, Gemelli) per diagnosi e definizione del progetto terapeutico, che viene poi proseguito a livello territoriale.
- Sperimentazione di prestazioni specialistiche a domicilio (es. cambio cannula tracheostomica) effettuate dagli stessi medici che seguono il bambino in ospedale con conseguente riduzione stress, viaggi in ambulanza, disagi per famiglia e minore.
- Casa di Comunità di Fiano Romano: stessi spazi per neuropsichiatria infantile (0–18) e transizione alla disabilità adulta (17–18+), con presa in carico precoce per evitare "vuoti" di servizi al compimento dei 18 anni.
- Forte integrazione con il Consorzio di Comuni: servizi sociali co-localizzati con i servizi sanitari (neuropsichiatria, consultorio, centro vaccinale, poliambulatorio) che diventano un unico luogo di riferimento per bambino e famiglia.

- Recupero e utilizzo di risorse sociali rimaste inutilizzate per anni, grazie alla collaborazione tra ASL e Consorzio.
- La disabilità complessa di un minore genera una “catena di conseguenze” sulla famiglia (perdita lavoro del caregiver, conflitti di coppia, separazioni, perdita della casa, fragilità nei fratelli, rischio dipendenze), che richiede presa in carico familiare, non solo del singolo paziente.

Key Takeaways

- La continuità assistenziale minore–adulto va costruita in anticipo, negli stessi luoghi e con gli stessi professionisti, per evitare rotture nei percorsi di cura.
- La co-localizzazione di servizi sanitari e sociali nelle Case di Comunità è un modello efficace per vicinanza, integrazione e presa in carico globale.
- Nessun attore può agire da solo: solo la collaborazione strutturata tra ASL, ospedali, Comuni e Terzo Settore permette di rispondere ai bisogni “a cascata” delle famiglie con minori con disabilità complesse.



ANDREA DOTTA

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Punti chiave

- Il Bambino Gesù ha una missione esplicita, affidata dal Santo Padre: curare i malati e servire gli infermi affiancando i più poveri, per ridurre il divario tra chi può curarsi e chi non può.
- Forte impegno umanitario: nel 2024 attivati 11 progetti di cooperazione internazionale e oltre 14.000 prestazioni ambulatoriali a pazienti provenienti da Paesi in via di sviluppo; circa 8.900 mediazioni culturali in un anno.
- Definite cinque direttive strategiche di sviluppo per i prossimi anni:
 - Cura solidale: centralità dei più fragili e delle disuguaglianze di accesso.
 - Innovazione orientata: uso di strumenti digitali (webinar, teleconsulti) per accogliere, seguire e sostenere famiglie che vengono da lontano o da contesti disagiati.
 - Competenze e accademia: sviluppo e diffusione di competenze in Italia e all'estero, soprattutto in contesti a risorse limitate.
 - Network e partnership: lavoro in rete con sistemi territoriali, istituzioni, reti europee e internazionali.
 - Sanità sostenibile: non solo sostenibilità economica, ma anche ambientale e di scelte quotidiane “responsabili”.

- Mobilità sanitaria: molti neonati gravemente malati arrivano da altre regioni o dall'estero con voli di emergenza; una volta stabilizzati, è molto difficile il rientro nei luoghi di origine per mancanza di soluzioni di trasporto adeguate -> famiglie costrette a lunghi periodi a Roma.
- Povertà culturale e genitoriale: indebolimento della "cultura del fare i genitori" e rischio legato all'eccessivo uso del digitale fin dalla prima infanzia.
- Presentate le "7 P di Palermo" (Società Italiana di Pediatria) come bussola per l'uso del digitale nei bambini:
 - Posticipare l'accesso,
 - Proteggere il cervello in crescita,
 - Porre regole chiare,
 - Partecipare,
 - Prevenire dipendenze,
 - Promuovere esperienze reali,
 - Preservare la presenza dell'adulto.
- Denatalità: rispetto a 20 anni fa, in Italia ci sono 1,7 milioni di donne in età fertile in meno; povertà sanitaria e insicurezza economica pesano sulle scelte di maternità.
- Paradosso: le famiglie italiane spendono per la salute dell'infanzia circa un terzo di quanto spendono per gli animali domestici.

Key Takeaways

- Un grande ospedale pediatrico può e deve agire come motore di equità, attraverso cura solidale, cooperazione internazionale, mediazione culturale e rete con i territori.
- Innovazione digitale e formazione non sono obiettivi in sé, ma strumenti per ridurre distanze, sostenere famiglie fragili e diffondere competenze.
- La povertà culturale e l'abuso del digitale nell'infanzia sono nuove forme di povertà che incidono profondamente sulla salute e devono entrare nell'agenda delle politiche pediatriche.



Punti chiave

- In Italia vivono circa 18.000 minori stranieri non accompagnati, l'80% dei quali ha tra 16 e 17 anni: poco tempo per essere "ragazzi" prima del passaggio forzato all'età adulta. Bisogni chiave:
 - accompagnamento strutturato alla transizione 16–18+;
 - sostegno psicologico e psicosociale per traumi pre-partenza, durante il viaggio e all'arrivo (Sahara, Mediterraneo, rotta balcanica ecc.);
 - risposta a povertà relazionale, culturale, educativa.
- I servizi territoriali faticano a dare risposte adeguate: liste d'attesa lunghe, offerte non calibrate culturalmente, assenza di mediazione linguistica e culturale, difficoltà a leggere il disagio oltre le categorie diagnostiche standard.
- Il sistema di accoglienza è "perfetto sulla carta" ma disomogeneo nella pratica: differenze tra comunità per minori, progetti SAI, centri di prima accoglienza e CAS, spesso con livelli di servizio molto bassi.
- Figura del tutore volontario (introdotta nel 2017) cruciale per rappresentare interessi e bisogni del minore, ma i tutori sono insufficienti e la nomina è spesso tardiva; i tutori istituzionali non riescono a instaurare la relazione necessaria.
- A 18 anni scatta una frattura: senza percorsi di inclusione attivati prima (scuola, formazione, lavoro), i ragazzi rischiano di perdere il permesso di soggiorno e cadere subito nella marginalità e nell'irregolarità.
- Il CIR lavora per integrare servizi sociali, psicologici e legali, soprattutto nei centri più fragili (prima accoglienza, CAS), portando anche "doti educative" grazie a fondi privati (es. Intesa Sanpaolo) per costruire percorsi personalizzati di inclusione.
- Centrale il contrasto alla povertà relazionale, anche tramite la promozione e il rafforzamento dei tutori volontari/tutori sociali oltre i 18 anni, formalizzando rapporti di sostegno fino ai 20–21 anni.
- Esperienza positiva della Sicilia: Garante regionale dell'infanzia molto attivo, centinaia di tutori formati, tavolo di coordinamento per armonizzare formazione e interventi dei diversi soggetti coinvolti.

- Nelle famiglie rifugiate si osservano:
 - forte impoverimento negli ultimi anni, con ritorno ai servizi di persone che ne erano uscite;
 - tendenza all'iper-diagnosi di patologie nei bambini (DSA, disturbi comportamentali, neurologici) legate spesso a difficoltà di adattamento culturale più che a patologie strutturate.
- Lavoro sistematico con le scuole, "sentinelle" del disagio, con mediatori culturali formati a leggere il disagio in chiave interculturale.

Key Takeaways

- Minori stranieri non accompagnati e minori in famiglie rifugiate vivono un cumulo di vulnerabilità (trauma, precarietà giuridica, povertà relazionale, educativa, culturale) che richiede percorsi di accompagnamento lunghi e integrati.
- La figura del tutore volontario/sociale è una leva strategica per la tutela della salute e dei diritti, ma va resa sistematica e adeguatamente sostenuta.
- Senza investimenti specifici e protocolli integrati (scuola–sanità–sociale–Terzo Settore), il rischio è un'esplosione di disagi che colpirà prima di tutto i minori, ma con ricadute sull'intera società.





❶ Punti chiave

- Il Centro SAMIFO nasce nel 2006 come risposta ai rifugiati che non riuscivano ad accedere ai servizi sanitari ordinari; oggi è una UOC a valenza regionale con oltre 60 operatori.
- Modello integrato sanitario–sociale: medicina di base, specialistica (inclusa psichiatria) e percorsi verso l'autonomia (lavoro, casa, inclusione sociale), essenziali per evitare ricadute soprattutto nei disturbi post-traumatici.
- Ogni anno vengono assistite oltre 2.000 persone provenienti da 80–100 Paesi: un osservatorio privilegiato sulle crisi globali e sulle loro ricadute sulla salute.
- Dal 2017 è stata creata una équipe dedicata ai minori (anche MNA), finanziata con fondi FAMI, che ha messo in luce numerosi errori diagnostici di sovra- e sotto-valutazione.
- Gli errori non dipendono da incapacità dei professionisti, ma dall'uso di strumenti diagnostici non tarati su popolazioni multilingui, plurilingui e culturalmente diverse.
- Tre fattori chiave da considerare nelle valutazioni neuropsicologiche e di sviluppo:
 - Linguaggio: strumento primario di valutazione, spesso non adeguato per bambini bi/plurilingui con il rischio di diagnosi erronee.
 - Cultura: l'identità culturale influenza profondamente sviluppo, comportamenti e modalità di espressione del disagio.
 - Povertà educativa: legata non solo all'offerta di servizi, ma alle condizioni di vita (abitazioni precarie, lavori instabili, spostamenti continui, pochi stimoli adeguati).
- Conseguenze degli errori diagnostici:
 - Sovrastima: diagnosi inappropriate (es. spettro autistico) -> accesso a sostegni di cui il minore non ha realmente bisogno, stigma permanente, costi elevati per SSN e famiglie.
 - Sottostima: ridurre tutto ad "aspetto culturale" -> mancata diagnosi diversi DSA, con effetti a catena su sviluppo scolastico, integrazione e futuro del minore.

- Rischio di trauma vicario/secondario per operatori e operatrici esposti quotidianamente ai racconti di violenza e sofferenza; tema spesso ignorato nell'organizzazione dei servizi.

Key Takeaways

- Le valutazioni diagnostiche sui minori migranti e rifugiati devono essere ripensate con strumenti sensibili a lingua, cultura e povertà educativa, altrimenti si moltiplicano errori con effetti pesanti e duraturi.
- Prendersi cura dei minori significa anche prendersi cura degli operatori, prevenendo il trauma vicario e garantendo condizioni di lavoro che permettano di "reggere" nel tempo.
- Un modello integrato sanitario–sociale, flessibile e regionale come il SAMIFO può essere una buona pratica da cui trarre indicazioni per altre realtà.



EMANUELA AMBRECK

Fondazione Francesca Rava

Punti chiave

- L'accesso alla salute è un diritto fondamentale e, al tempo stesso, un indicatore della tenuta sociale di un Paese: in Italia 5 milioni di persone e 1,4 milioni di minori vivono in povertà assoluta, quindi anche in povertà sanitaria.
- La povertà economica e la povertà sanitaria sono strettamente intrecciate: dove manca la prima, la seconda è quasi inevitabile.
- La Fondazione Francesca Rava ha scelto di contrastare la povertà sanitaria minorile lavorando in rete: il lavoro in rete è la strategia che oggi appare più efficace.
- Esperienza della rete QuBi a Milano (nata post-Covid per contrastare la povertà alimentare, oggi gestita dal Comune): Fondazione Rava partecipa al tavolo Salute nel Municipio 2, area periferica con alta vulnerabilità.

- Dal tavolo Salute è emerso come bisogno principale l'intercettazione precoce di disturbi comportamentali e di salute mentale nei bambini, spesso non diagnosticati o "parcheggiati" per anni nelle liste d'attesa degli UONPIA.
- Progetto di équipe psicoevolutiva territoriale (psicologo, psicomotricista, logopedista, mediatrice culturale) che, ogni 15 giorni, visita bambini segnalati dagli sportelli QuBi (quasi tutti con background migratorio).
- Nei primi mesi: 15 bambini valutati, solo il 15% effettivamente inviato all'UONPIA, il 25% inserito in percorsi riabilitativi mirati con capacità di filtrare e personalizzare la risposta, evitando sovraccarico dei servizi specialistici e lunghi tempi di attesa inutili.

Key Takeaways

- Lavorare in rete tra Terzo Settore, Comune, servizi sanitari e scuole è una condizione necessaria per individuare e affrontare precocemente i disturbi psicoevolutivi dei minori più fragili.
- Modelli territoriali come la rete QuBi mostrano che è possibile costruire risposte più rapide, personalizzate e culturalmente adeguate, riducendo il "buco nero" delle liste d'attesa.
- Fondazioni e organizzazioni non profit possono fare da catalizzatori di sperimentazioni replicabili in altri contesti urbani.



.05

CONCLUSIONI



❶ Punti chiave

- Ringraziamento al Ministero della Salute, a KPMG e a tutti i partecipanti per il lavoro svolto in preparazione e durante gli Stati Generali.
- Obiettivo principale del convegno: portare al centro il tema della povertà sanitaria minorile, spesso invisibile rispetto al discorso più generale sulla povertà e sulle famiglie in difficoltà.
- La giornata ha espresso un livello molto alto di contenuti, con interventi caratterizzati da competenza, amore e passione.
- Concetto chiave emerso: mettere al centro “il bambino, la bambina, il ragazzo, la ragazza”, superando una visione frammentata per servizi o misure.

❷ Key Takeaways

- La povertà sanitaria minorile deve diventare un tema esplicito e riconosciuto nell’agenda pubblica, non un effetto collaterale di altre politiche.
- Tutte le riflessioni emerse convergono su una centralità: il minore come persona, con i suoi diritti, bisogni e potenzialità, al centro delle decisioni.



COME È CAMBIATA LA POVERTÀ

Guardando all'evoluzione del fenomeno, in Italia, negli ultimi vent'anni, emergono tre elementi.

La povertà è:

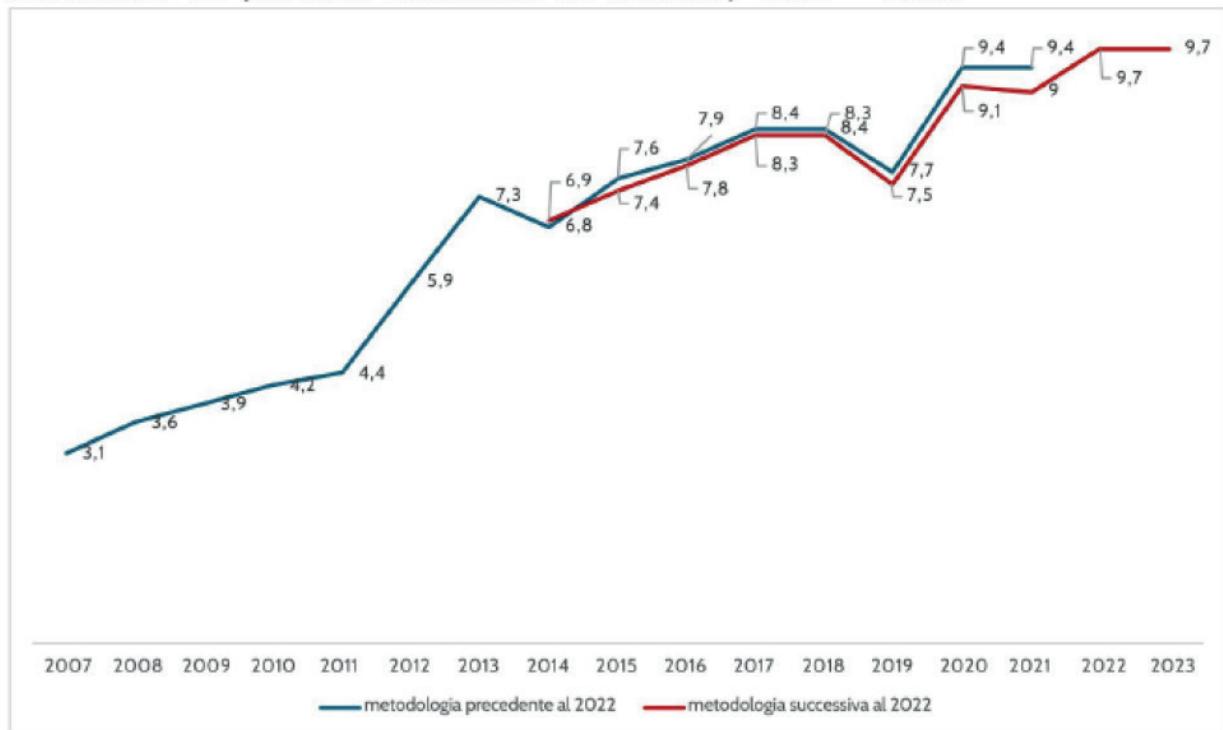
- in crescita;
- sempre meno polarizzata;
- sempre più multidimensionale
- sempre più generazionale

La povertà: un fenomeno in crescita

Povertà assoluta condizione di chi non dispone delle risorse minime necessarie per soddisfare i bisogni essenziali per la sopravvivenza e uno **standard di vita dignitoso**.

- Il tasso di povertà assoluta è più che **triplicato** nel periodo compreso fra il 2007 (3,10% degli individui) e il 2023 (9,7%).
- Nel 2023, sono in povertà assoluta più di 2,2 milioni di famiglie per un totale di quasi **5,7 milioni di persone**

Individui in povertà assoluta in Italia, 2007 - 2023



Fonte: Agostini C., Lodi Rizzini C. (2025)

La povertà: un fenomeno complesso e multidimensionale

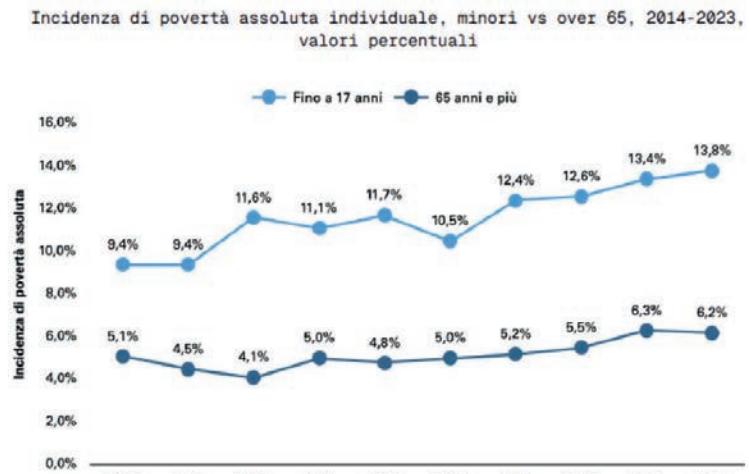
... che innesca una spirale di bisogni da cui è sempre più difficile emanciparsi



Fonte: Sesto Rapporto sul secondo welfare, 2023

La povertà: un fenomeno generazionale

- Forte disegualianza a svantaggio dei più giovani: povertà assoluta tende a diminuire all'aumentare dell'età.
- Nel 2024 bambini/e in povertà assoluta sono 1,28 milioni.
- Tra i minori raggiunge il 13,8% a fronte del 6,2% rilevato tra gli anziani di 65 anni e oltre.
- 2014-2023: livello di povertà tendenzialmente stabile tra gli anziani vs un aumento in tutte le altre fasce di età -> +4,4 pp (+1,1 pp tra gli over65).



Fonte: IFEL e Federsanità, 2025, p. 22.



LA POVERTÀ EDUCATIVA E RELAZIONALE

Povertà materiale e povertà educativa

Condizione che limita il diritto di bambini/e a un'educazione e li priva **dell'opportunità di imparare e sviluppare competenze** (...) di cui avranno bisogno (...)

Bambine/i che provengono da famiglie svantaggiate hanno più probabilità di conseguire **risultati peggiori a scuola ...** hanno **meno possibilità** di partecipare ad attività sociali, culturali e ricreative, e ...

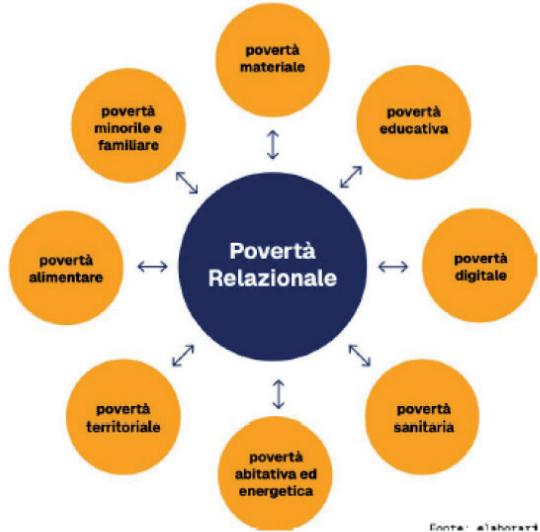


Una volta diventati adulti, questi bambini/e incontrano poi maggiori **difficoltà ad attivarsi nella società e a trovare lavori di qualità** (Save the Children)

La povertà materiale di una generazione ➤ si traduce spesso nella privazione di possibilità educative per quella successiva ➤ determinando nuova povertà materiale e di rimando altra povertà educativa, e così via.

Povertà educativa e relazionale

- La povertà relazionale descrive una condizione strutturale di depravazione di legami significativi e si manifesta come assenza, fragilità o compromissione delle relazioni familiari, amicali, di comunità, lavorative.
- La povertà relazionale riguarda dunque la mancanza di risorse sociali che, analogamente alla povertà economica, incide sulla qualità della vita, sulla capacità di accesso alle opportunità e sulla possibilità di autodeterminazione
- Essere "poveri di relazioni" significa non disporre di quella trama di legami che garantisce protezione, fiducia, appartenenza, reciprocità, capacità di progettare il futuro.



Nel caso di **bambini/e e giovani** la povertà relazionale può tradursi in minori opportunità di socializzazione e, più in generale, in **minori opportunità di crescita e sviluppo** personale



AGIRE IN RETE PER CONTRASTARE LA POVERTÀ

Diretrici di cambiamento

Ampliare il portafoglio di servizi

Per contrastare in modo multidimensionale la povertà è necessario predisporre un “portafoglio di servizi” così ampio e articolato che nessun ente pubblico o privato può provvedervi autonomamente

Centralità delle comunità

Territori come sistemi ecosociali in cui attori di “primo welfare” (enti pubblici) concorrono con quelli del “secondo welfare” (ETS, enti profit, società civile e semplici cittadini) alla co-produzione di interventi.

Fare rete e sistema

Reti multiattore, governance collaborativa, co-programmazione e co-progettazione, piattaforme di aggregazione della domanda e professionalizzazione dell’offerta, piattaforme di ricomposizione sociale, condivisione dei dati e valutazione d’impatto, community-building





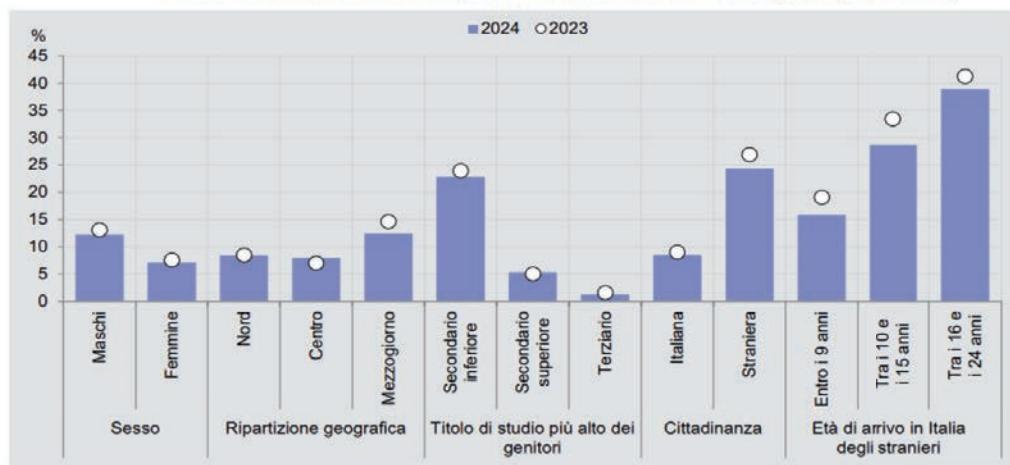
BAMBINI A RISCHIO POVERTÀ ED ESCLUSIONE

FIGURA 3. BAMBINI E RAGAZZI DI ETÀ INFERIORE A 16 ANNI A RISCHIO DI POVERTÀ O ESCLUSIONE SOCIALE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E CITTADINANZA. Anni 2021 e 2024, per 100 bambini e ragazzi con le stesse caratteristiche.



ABBANDONO PRECOCE DEGLI STUDI E DISUGUAGLIANZE

Figura 2.7 Giovani di 18-24 anni che hanno abbandonato precocemente gli studi per sesso, ripartizione geografica, livello di istruzione dei genitori, cittadinanza ed età di arrivo in Italia dei cittadini nati all'estero. Anni 2023 e 2024 (valori percentuali)

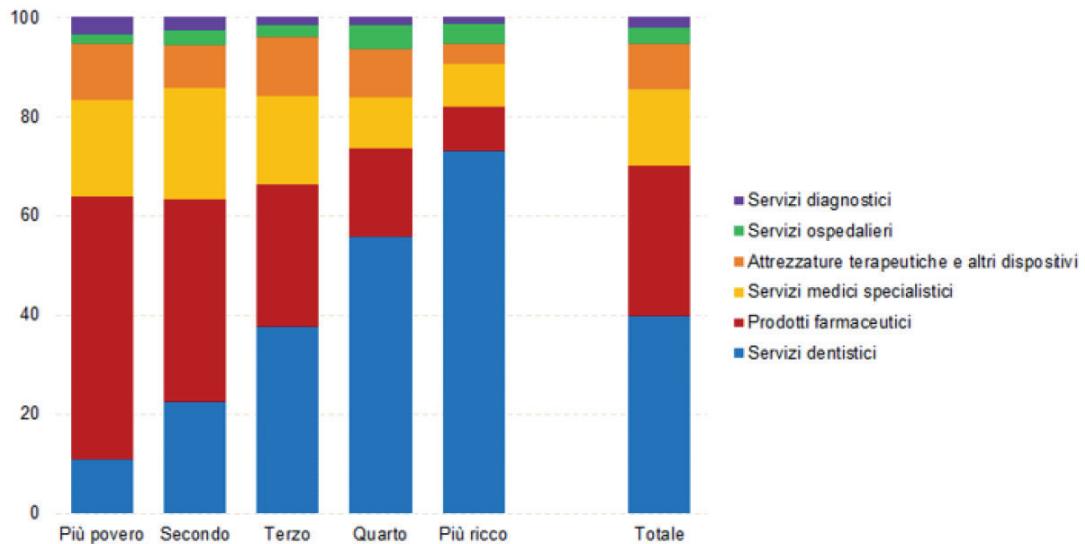


Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro



LE SPESE CATASTROFICHE

Figura 6.7. Percentuale di famiglie con spese catastrofiche, per quintile di consumo, 2004-2022



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Indagine sulla spesa delle famiglie

DIFFERENZE SOCIALI NELLE VACCINAZIONI PEDIATRICHE

- Coperture inferiori tra bambini con background migratorio.
- Criticità: accesso a pediatra, barriere linguistiche, minore continuità.
- Gruppi a rischio: famiglie con bassa istruzione, condizioni economiche precarie.

PREVENZIONE E STATO PONDERALE: DIFFERENZIALI

| Regioni | P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | | P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1 ^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | |
|-----------------------|---|------------------|--|------------------|
| | Valore Indicatore (%) | Punteggio finale | Valore Indicatore (%) | Punteggio finale |
| Piemonte | 95,05 | 100,0 | 94,44 | 92,5 |
| Valle d'Aosta | 94,63 | 95,1 | 92,53 | 67,0 |
| Lombardia | 97,98 | 100,0 | 97,71 | 100,0 |
| P.A. Bolzano | 81,63 | 0,0 | 75,82 | 0,0 |
| P.A. Trento | 96,98 | 100,0 | 96,73 | 100,0 |
| Veneto | 96,06 | 100,0 | 95,14 | 100,0 |
| Friuli Venezia Giulia | 93,42 | 78,9 | 91,69 | 50,6 |
| Liguria | 83,14 | 0,0 | 78,80 | 0,0 |
| Emilia Romagna | 95,67 | 100,0 | 95,86 | 100,0 |
| Toscana | 98,51 | 100,0 | 96,59 | 100,0 |
| Umbria | 96,24 | 100,0 | 94,63 | 95,1 |
| Marche | 92,72 | 69,7 | 90,76 | 22,8 |
| Lazio | 90,29 | 8,8 | 92,47 | 66,2 |
| Abruzzo | 89,33 | 0,0 | 88,93 | 0,0 |
| Molise | 91,39 | 41,7 | 83,35 | 0,0 |
| Campania | 93,05 | 74,0 | 90,53 | 16,0 |
| Puglia | 92,27 | 63,6 | 91,38 | 41,4 |
| Basilicata | 92,92 | 72,2 | 87,88 | 0,0 |
| Calabria | 92,63 | 68,4 | 93,49 | 79,9 |
| Sicilia | 74,72 | 0,0 | 74,62 | 0,0 |
| Sardegna | 91,18 | 35,5 | 91,61 | 48,3 |
| ITALIA | 92,62 | | 91,91 | |

Fonte: NSG 2 anno 023



CONCLUSIONI

- I bambini e gli adolescenti in Italia affrontano sfide complesse: denatalità, povertà, diseguaglianze territoriali e sociali, transizione alla vita adulta sempre più tardiva.
- Permangono criticità strutturali nell'offerta di servizi sanitari, educativi e sociali, con disparità marcate nell'accesso alle cure, nelle coperture vaccinali e nella presa in carico pediatrica e perinatale.
- La salute mentale giovanile rappresenta un'area di emergenza crescente, con bisogni in rapido aumento e servizi ancora frammentati, insufficientemente integrati.

Un investimento sulla salute dei bambini e adolescenti è un investimento sul futuro del Paese: sociale, economico e di promozione delle uguaglianze e dei diritti umani.

LA POVERTÀ SANITARIA MINORILE IN ITALIA

"Garanzia dell'esigibilità del diritto alla salute in tutti i contesti: politiche e strumenti per l'equità sanitaria"

Liviana Marelli

DI CHI STIAMO PARLANDO: qualche dato sui minorenni in comunità

Il quaderno della Ricerca Sociale n. 61 - MLPS - riporta i dati al 31.12.2023

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>i minorenni fuori famiglia d'origine sono 30.936 (con trend in aumento) di cui 12.632 <i>in affido familiare a carattere residenziale</i> (parentale o eterofamiliare).</p> <p>I minorenni migranti soli in affido familiare (residenziale o diurno) sono 953</p> <p>e 18.304 accolti in comunità socio-educative di questi il 46% è nella fascia 15/17 e il 17,5% nella fascia 11/14</p> | <p>per un totale di preadolescenti e adolescenti pari al 62,5% nelle comunità socio-educative</p> | <p><i>in comunità ci sono anche 7.706 minorenni migranti soli che non sono nel sistema SAI (Sistema di Accoglienza e integrazione) prevalentemente nella fascia di età 16/18</i></p> | <p>si registra un trend in aumento delle accoglienze in comunità e una diminuzione degli affidi familiari</p> |
|--|---|--|---|

FOCUS

- La presa in carico, il sostegno e la cura dei ragazzi che presentano disturbi di tipo psicopatologico e sono accolti nel sistema di accoglienza (in comunità socio-educative o in affido): garantire integrazione sociale - sanitaria - educativa
- laddove la comunità socioeducativa è individuata quale risposta appropriata dovrebbe essere perché prevalgono bisogni e obiettivi di tutela, relazionali, educativi tale scelta va sostenuta, accompagnata, promossa attraverso la garanzia di attivazione concreta e garantita degli interventi sanitari necessari nel caso specifico



FOCUS

- La presa in carico, il sostegno e la cura dei ragazzi che presentano disturbi di tipo psicopatologico e sono accolti nel sistema di accoglienza (in comunità socio-educative o in affido): garantire integrazione sociale - sanitaria - educativa
- laddove la comunità socioeducativa è individuata quale risposta appropriata dovrebbe essere perché prevalgono bisogni e obiettivi di tutela, relazionali, educativi tale scelta va sostenuta, accompagnata, promossa attraverso la garanzia di attivazione concreta e garantita degli interventi sanitari necessari nel caso specifico



OCCORRE

- prevedere un canale diretto per le urgenze con accesso prioritario, protocolli specifici di collaborazione tra comunità e servizi sanitari ambulatoriali e ospedalieri)
- incrementare il numero delle comunità terapeutiche al fine di poter garantire risposte appropriate ai singoli bisogni e favorire virtuosa complementarietà tra comunità socio-educative e terapeutiche
- garantire sostegno e risorse (anche economiche) al sistema di accoglienza



FOCUS

- si riscontra un difficile accesso ai servizi di NPI, al SERD, ai servizi specialistici ci sono tempi lunghi, nessuna priorità di accesso è prevista e garantita per i minorenni accolti nel sistema di accoglienza



OCCORRE

- definire modalità strutturali, protocolli e procedure finalizzate a garantire celerità/priorità/tempi brevi di accesso alle prestazioni sanitarie sia per la diagnosi che per il trattamento/presa in carico al fine di favorire appropriatezza del PEI per tutti i minorenni accolti, incrementando l'offerta sanitaria specialistica (NPI ecc.)
- garantire integrazione e collaborazione tra servizi e professionisti socio-educativi-sanitari e famiglie
- garantire continuità terapeutica e di cura tra servizi sanitari per minorenni e per adulti



FOCUS

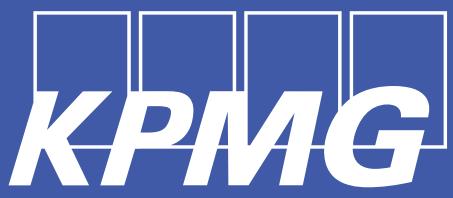
- garanzia di accesso gratuito alle cure specialistiche in genere (odontoiatriche ecc.)
- corresponsione del ticket sanitario



OCCORRE

- favorire reciproca conoscenza e osmosi/complementarietà tra il sistema sanitario (i responsabili dei servizi e gli operatori) e il sistema di accoglienza al fine di favorire collaborazione nel rispetto dei diversi ruoli e responsabilità





25 anni in Italia, 70 nel mondo