

Problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati ospitati nelle strutture di prima accoglienza: una revisione bibliografica.

di Buccella Vittoria (1), Comolli Emilia (2).

(1) Infermiera Pediatrica.

(2) Docente Università del Piemonte Orientale, Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica – Referente Infermieristica S.C. Psichiatria d'Urgenza e Ospedaliera, Presidio Amedeo di Savoia, Torino.

INTRODUZIONE

I Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) vengono definiti come “i cittadini di Paesi terzi all’Unione Europea (UE) di età inferiore ai 18 anni che giungono o si trovano nel territorio degli Stati membri privi dell’accompagnamento di un adulto per essi legalmente responsabile”¹.

L’aumento dei MSNA nell’UE è stato esponenziale: il numero di MSNA richiedenti protezione internazionale nei Paesi dell’UE è aumentato da 13.000 (nel 2013) a 88.265 (nel 2015), in Italia da 6.319 (nel 2013) a 12.708 (al 31/07/2016) diventando il Paese dell’UE con la maggiore percentuale di MSNA rispetto al numero totale di minori, infatti il 56,6% del totale dei minori richiedenti asilo in Italia è classificato come MSNA².

La normativa internazionale riguardante i MSNA si basa sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Fanciullo (1989), dalla quale deriva il diritto dei MSNA alla salute e all’assistenza sanitaria: diritto pienamente raggiunto in Italia nel 2012 con l’obbligatorietà dell’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per tutti i minori, indipendentemente dalla regolarità o meno del permesso di soggiorno³.

Dal 2014, inoltre, in Italia per l’accoglienza e l’inserimento di tutti i soggetti migranti è stato istituito il Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), individuato come Sistema Nazionale di Accoglienza dei MSNA, e che agisce attraverso strutture governative ad alta specializzazione oltre che una fitta rete territoriale.

Un obiettivo fondamentale dello SPRAR è garantire la possibilità di accesso alle strutture sanitarie e quindi l’effettivo esercizio del diritto alla salute. Per fare ciò è necessaria la presenza all’interno dell’équipe dei Centri di Accoglienza di un referente per la salute⁴.

¹ Risoluzione del Consiglio dell’Unione Europea del 26 giugno 1997 sui Minori Non Accompagnati, cittadini di Paesi terzi (97/C 221/03).

² Eurostat, Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Almost 90 000 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2015. Slightly more than half are Afghans., 2 Maggio 2016.

³ Accordo Stato – Regioni, 20 dicembre 2012.

⁴ SPRAR, Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti o titolari di protezione internazionale, 2015.

L'assistenza ai MSNA rientra nelle responsabilità dell'infermiere/infermiere pediatrico sia secondo il Codice Deontologico sia secondo il Profilo Professionale, dove si sottolinea come l'assistenza debba essere fornita alla "persona" e come "l'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"⁵.

OBIETTIVO

L'obiettivo dell'elaborato è di indagare quali siano i principali problemi di salute dei MSNA ospitati nelle strutture di prima accoglienza, al fine di poter fornire un quadro completo della loro situazione al personale sanitario.

MATERIALI e METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura sulle banche dati *Pubmed* e *Cochrane Library* utilizzando il metodo PICO ed è stato formulato il seguente quesito di ricerca:

"Quali sono i principali problemi di salute ai quali sono esposti i MSNA nei Centri di prima accoglienza?"

Le stringhe di ricerca che hanno prodotto dei risultati sulle banche dati sono state 4.

Come limite della ricerca è stata posta la data di pubblicazione degli articoli: anni 2005-2016.

Quali criteri di inclusione sono stati identificati: MSNA, età 0 / 18 anni, problemi di salute, studio svolto in Europa e presenza di *abstract* e *full text* in lingua inglese.

Quali criteri di esclusione sono stati identificati: problemi legali, problemi di assegnazione dell'età e studio svolto in Paese non UE.

La ricerca su *Cochrane Library* non ha portato alcun risultato utile perciò sono stati visionati i 91 articoli reperiti su *Pubmed*.

In seguito all'applicazione dei criteri di inclusione/esclusione questi sono stati ridotti a 18, di cui alcuni ridondanti, perciò sono stati sottoposti a lettura critica 13 articoli.

RISULTATI e DISCUSSIONE

Dall'analisi degli articoli selezionati si rileva come nessuno sia stato svolto in Italia e come tutti gli articoli rilevino disturbi di salute mentale.

Sono emerse 4 principali aree di indagine relative ai problemi di salute tra i minori stranieri non accompagnati:

⁵ Federazione IPASVI, Codice Deontologico dell'Infermiere, Art.4, Roma 2009.

I. Frequenza delle patologie psichiatriche e prevalenza della Sindrome da Stress Post-Traumatico (PTSD)

8 studi^{6,7,8,9,10,11,12,13} su 10 rilevano come il PTSD sia la patologia psichiatrica più frequente tra i MSNA (sempre superiore al 30,6%) seguito da ansia (> 26%) e depressione (> 12%). L'unico studio che posiziona il PTSD al secondo posto come frequenza dopo la depressione è lo studio di Derluyn et al.¹⁴, ma la causa di ciò è da ricercarsi nell'elevata età media della popolazione presa in esame (infatti la depressione è più frequente nei ragazzi di età superiore ai 17 anni), mentre lo studio di Volkl Kernstock et al.¹⁵ non riporta le frequenze delle singole patologie.

5 studi^{16,17,18,19,20} hanno rilevato come il genere femminile sia sfavorevole per lo sviluppo di psicopatologie. Inoltre 2 studi^{21,22} hanno riscontrato come lo sia anche la residenza in centri ad ampia scala, mentre per altri fattori ricercati quale l'età e il tempo trascorso dal momento dell'arrivo nel nuovo Paese gli studi hanno ottenuti risultati discordanti.

I 3 studi longitudinali^{23,24,25} rilevano, attraverso *follow up* a 4,12 e 18 mesi, come non ci siano dei cambiamenti nella frequenza delle patologie psichiatriche nei MSNA con il

⁶ Michelson D, Sclare I, Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2009.

⁷ Wiese EB, Burhorst I, The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands, *Transcultural Psychiatry*, 2007.

⁸ Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2009.

⁹ Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013.

¹⁰ Jakobsen M, Demott M, Heir T, Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014.

¹¹ Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2015.

¹² Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children, *Child Health Care Development*, 2012.

¹³ Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country, *Scandinavian Journal of Psychology*, 2014.

¹⁴ Derluyn I, Broekaert E, Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents, *Ethnicity & Health*, 2007.

¹⁵ Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer- Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa, *Neuropsychiatrie*, 2014.

¹⁶ Derluyn I, Broekaert E, Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents, *Ethnicity & Health*, 2007.

¹⁷ Völkl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer- Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa, *Neuropsychiatrie*, 2014.

¹⁸ Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2009.

¹⁹ Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013.

²⁰ Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2015.

²¹ Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2009.

²² Derluyn I, Broekaert E, Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents, *Ethnicity & Health*, 2007.

²³ Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H, Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2009.

²⁴ Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013.

²⁵ Jakobsen M, Demott M, Heir T, Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014.

passare del tempo e mostrano una cronicizzazione delle psicopatologie nel tempo, a causa di mancata o inadeguata diagnosi e/o trattamento.

II. Esposizione a Esperienze Stressanti e potenzialmente Traumatiche (SLE) e correlazione tra esse e le diverse patologie mentali.

7 studi^{26,27,28,29,30,31,32} hanno rilevato come ci sia una connessione tra il numero di esperienze traumatiche vissute dai ragazzi e la frequenza delle psicopatologie. In particolare tutti gli studi hanno rilevato una correlazione tra SLE e PTSD: studi singoli hanno trovato una correlazione con ansia, depressione, problemi della condotta e del comportamento pro-sociale.

Il numero medio di esperienze traumatiche vissute da ciascun MSNA è risultato essere di 5,5 SLE ciascuno secondo lo studio di Jensen et al.³³ e di 7 secondo Sanchez–Cao et al.³⁴.

Anche la percentuale di MSNA esposti a eventi stressanti è risultata essere molto elevata infatti: dallo studio di Jackobsen et al.³⁵ risulta come il 96,3% della popolazione di MSNA presa in esame abbia vissuto almeno un'esperienza traumatica, mentre aumenta fino al 100% del campione la percentuale nello studio di Wiese e Burhorst³⁶.

Gli studi longitudinali mostrano come, nonostante ci siano dei cambiamenti nelle tipologie di SLE più frequenti, la frequenza degli eventi traumatici vissuti dai ragazzi non diminuisca, anzi si verifica un aumento degli stress giornalieri.

III. Confronto tra MSNA e minori accompagnati/minori non migranti.

I MSNA risultano essere esposti a maggiori tipologie e a un maggior numero di SLE: Wiese e Burhorst³⁷ rilevano come il 63% dei MSNA abbia vissuto più di 4 SLE rispetto al

²⁶ Derluyn I, Broekaert E, Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents, *Ethnicity & Health*, 2007.

²⁷ Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B, Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles, *Ethnicity & Health*, 2015.

²⁸ Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2015

²⁹ Vökl-Kernstock S, Karnik N, Mitterer-Asadi M, Granditsch E, Steiner H, Friedrich MH, Huemer J, Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa, *Neuropsychiatrie*, 2014.

³⁰ Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I, The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country, *Scandinavian Journal of Psychology*, 2014 .

³¹ Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I, Longitudinal follow-up of mental health of unaccompanied refugee minors, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013.

³² Jakobsen M, Demott M, Heir T, Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014.

³³ Jensen T, Fjermestad K, Granly L, Wilhelmsen NH, Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2015.

³⁴ Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children, *Child Health Care Development* , 2012.

³⁵ Jakobsen M, Demott M, Heir T, Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014.

³⁶ Wiese EB, Burhorst I, The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands, *Transcultural Psychiatry*, 2007.

³⁷ Wiese EB, Burhorst I, The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands, *Transcultural Psychiatry*, 2007.

16% dei minori accompagnati, mentre Bean³⁸ riscontra come i MSNA abbiano vissuto il doppio delle SLE rispetto ai coetanei non migranti.

Escludendo lo studio di Michelson e Sclare³⁹, che rileva frequenze di psicopatologie simili tra MSNA e minori accompagnati, tutti gli altri studi comparativi hanno individuato una maggiore frequenza di PTSD, Ansia, Depressione, Psicosi e Disturbo Borderline della Personalità nei MSNA, ma una minore frequenza in questa popolazione rispetto a patologie esternalizzanti, della condotta, dell'apprendimento e dello sviluppo, che vengono maggiormente diagnosticate nei minori accompagnati e non migranti.

Il motivo di ciò può essere individuato nel fatto che queste ultime patologie vengono generalmente segnalate dai genitori: i tutori non riescono quindi individuare prontamente i primi segni e sintomi di psicopatologia nei MSNA come invece farebbero i genitori per i propri figli.

Nei MSNA si rileva inoltre un bisogno di supporto psicologico maggiore dei coetanei non migranti, 57,8% rispetto al 8,2%⁴⁰, subiscono più ricoveri per patologie psichiatriche e per loro è presente una minore continuità assistenziale rispetto ai minori accompagnati.

IV. Accesso ai Servizi di Salute Mentale (SSM)

I MSNA risultano avere una limitata possibilità di accesso ai SSM a causa di barriere burocratiche, linguistiche, culturali ma anche per difficoltà di continuità assistenziali a causa dei continui trasferimenti dei minori oltre che per una difficoltà da parte dei Tutori di percepire i primi segni di disturbo psichiatrico.

Nello studio di Sanchez-Cao et al.⁴¹ si rileva come solo il 17% dei MSNA sia seguito dai SSM, mentre il 66% di questa popolazione ha soddisfatto tutti i criteri per la diagnosi di PTSD e il 12% per la diagnosi di depressione. Anche la ricerca di Bean⁴² mostra come solo il 12,7% dei MSNA sia seguito dai SSM mentre il 57,8% di questa popolazione ha manifestato un bisogno di supporto professionale. Questo studio valuta anche la percezione che hanno i tutori e gli insegnanti riguardo la salute mentale dei minori, che è risultata essere distorta; solamente nel 6,3% dei casi c'è stato un accordo tra minore, tutore e insegnante.

³⁸ Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006.

³⁹ Michelson D, Sclare I, Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2009.

⁴⁰ Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006.

⁴¹ Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M, Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children, Child Health Care Development, 2012.

⁴² Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P, Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2006.

Si è rilevato un mancato riconoscimento del PTSD come patologia psichiatrica, infatti la diagnosi di questo disturbo nei MSNA presi in carico dai SSM è estremamente rara, mentre è molto più frequente la diagnosi di depressione, nonostante il PTSD sia la psicopatologia che colpisce più frequentemente questi minori.

CONCLUSIONE

Non è stato possibile attuare una generalizzazione dei risultati in quanto i dati ottenuti provengono da studi svolti in Paesi diversi e su popolazioni diverse. Inoltre non è stato possibile reperire dati riguardanti gruppi all'interno dei quali fossero rappresentati con la stessa percentuale il genere maschile e femminile e che potessero essere considerati rappresentativi di tutte le fasce d'età (età media > 15 anni).

I risultati della revisione bibliografica mostrano comunque come l'assistenza fornita ai MSNA nelle strutture di prima accoglienza non sia adeguata ai bisogni dei minori: non si verifica una riduzione della frequenza delle patologie né delle SLE e quindi hanno una ridotta possibilità di esercitare il loro diritto alla salute.

Il disagio dei MSNA si manifesta anche dal fatto che circa un terzo dei ragazzi abbandoni i Centri di Accoglienza cercando altre vie per poter raggiungere "l'obiettivo di fuga": tra gennaio e agosto 2015 sono sbarcati sulle coste italiane 9.699 MSNA, di questi 5.588 (57,6%) sono risultati irreperibili dopo la prima registrazione⁴³.

Per poter migliorare le condizioni dei MSNA è necessario che all'interno dei Centri di accoglienza operi personale adeguatamente formato circa i segni, sintomi e il decorso delle patologie psichiatriche più frequenti tra i MSNA così da poter garantire una rapida individuazione delle situazioni a rischio o patologiche.

Si rende necessario uno stretto contatto con gli Enti sanitari locali al fine di permettere un corretto passaggio di informazioni e una continuità assistenziale per i ragazzi presi in carico. Inoltre per poter garantire una vera assistenza sanitaria completa è richiesta la presenza costante di operatori sanitari all'interno delle stesse strutture d'accoglienza.

Il personale sanitario operante in strutture ospedaliere o territoriali necessita di conoscenza e competenze specifiche rispetto ai MSNA, alle loro condizioni di vita, esperienze e patologie più frequenti ma anche rispetto a normative e linee guida europee.

⁴³ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Report Nazionale Minori Stranieri Non Accompagnati, 2015.
www.lavoro.gov.it (Ultima Consultazione il 01/09/16).