

SALUTE DEI NUOVI BAMBINI “ITALIANI”

Mauro Zaffaroni¹, Rosalia Da Riol², Alberto Fabio Podestà³

¹ Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore - Novara

² Az. Ospedaliera Santa Maria della Misericordia – Udine

³ Az. Ospedaliera San Carlo Borromeo - Milano

Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

Negli ultimi decenni, tutti i Paesi industrializzati sono stati interessati dall'arrivo di un sempre maggior numero di persone immigrate provenienti da Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

E' ormai chiaro che i flussi migratori verso i Paesi più ricchi non rappresentano più un fenomeno provvisorio e temporaneo, ma sono destinati a trasformare profondamente la società degli stati ospitanti.

Attualmente in Italia oltre il 6% della popolazione è rappresentato da persone straniere: secondo le ultime stime Caritas sono quasi 4 milioni, per l'85% provenienti da PVS. Le nazionalità più numerose presenti attualmente in Italia sono rappresentate da: rumeni (con oltre 92 mila presenze), albanesi (circa 85 mila), marocchini (76 mila), cinesi, ecuadoregni e tunisini. Oltre il 20 % sono bambini ed adolescenti (circa 800.000) in gran parte (80%) minori di 14 anni (1, 2).

L'aumento della natalità rappresenta un indicatore importante di stabilizzazione sociale della popolazione immigrata, conseguenza dell'inserimento dei genitori nel mondo del lavoro, della normalizzazione del rapporto donne/uomini, dei ricongiungimenti familiari, della formazione di nuove coppie fra immigrati e dei matrimoni misti, fra stranieri ed italiani.

Ogni anno sono sempre più numerosi i bambini nati in Italia con genitori stranieri: 7 mila nel 1993, 49 mila nel 2004, oltre 64 mila nel 2007.

Nei Puntini nascita del Centro e del Nord Italia, il 10-20% dei nati ha uno o entrambi i genitori immigrati; in alcuni ospedali delle maggiori città vengono segnalate percentuali ancora superiori (3).

In Piemonte nascono ogni anno oltre 30.000 bambini, il 10% dei quali figlio di donne immigrate da Paesi in Via di Sviluppo. Dai dati regionali CedAP (Certificati di Assistenza al Parto) risulta che ancora numerose donne straniere giungono al parto senza avere eseguito esami e controlli clinici durante la gravidanza, esponendo perciò esse stesse ed i loro bambini a maggior rischio di morbilità e mortalità perinatale. In particolare, rispetto ai nati da madri italiane, nel 2003 l'incidenza di nascite ad età gestazionale < a 26 settimane era 3 volte superiore (0,27 % vs 0,08 %) ed il tasso di mortalità neonatale quasi doppio (5,4 vs 3,2 per mille nati vivi).

In Friuli Venezia Giulia il tasso di natalità, negli ultimi anni, è andato aumentando grazie al costante incremento della percentuale dei nati da donne immigrate rispetto al totale/anno (7.2% su 9.395 nel 2000 - 21.1% su 10.355 nel 2008). Dai dati regionali CedAP (triennio 2006-2008) si evince che le gravide immigrate rispetto alle italiane accedono alla prima visita ostetrica dopo la 13° settimana gestazionale in percentuale maggiore (15.7% vs 3.4% - p<0.001), presentano una maggiore incidenza di taglio cesareo urgente (13.7 vs 12.3%), di nascite pretermine < 32 sett. (1,7% vs 1,2 % - p<0.005), di nati con indice di Apgar <5 a 5 minuti (1,1 % vs 0,5% - p<0.0001) e un maggior rapporto di natimortalità (0.4% vs 0,2% - p=0,029). Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra le due popolazioni per quanto riguarda le classi di basso peso (<1500 gr; <2500 gr).

Ampia letteratura internazionale evidenzia come i fattori di rischio per importanti outcomes neonatali come parto pretermine, basso peso alla nascita, mortalità perinatale sono non solo biologici (peso materno, età, parità e morbidità), socio-economici e comportamentali (denutrizione, fumo, alcool comportamenti sessuali a rischio) ma anche ambientali (mancato supporto sociale e stress). In particolare è stato dimostrato che il vivere in Paesi con deboli politiche di integrazione rappresenta un importante “fattore di rischio” per outcomes materno-neonatali negativi (4);

discriminazione, precarietà amministrativa e ritardato accesso alle cure possono facilmente portare a ipertensione in gravidanza, parto pretermine e sofferenza perinatale (5).

Tali esiti negativi sono preoccupanti non solo per gli effetti immediati sui bambini e le famiglie immigrate e per costi che questi comunque comportano al sistema sanitario ma anche per le conseguenze a lungo termine sulla salute della futura popolazione adulta (6).

Un adeguato monitoraggio della salute delle gestanti straniere potrebbe contribuire a ridurre la maggior morbilità conseguente al parto pretermine, all'asfissia perinatale ed alle infezioni nei figli di madri immigrate rispetto alle italiane.

Nonostante l'ampia disponibilità di strutture consultoriali sul territorio, spesso le donne immigrate non eseguono un adeguato monitoraggio della gravidanza. Sono pertanto frequenti gli accessi ed i ricoveri impropri in ospedale, il ricorso al Pronto Soccorso in ore serali per visite di controllo o per esami di conferma dello stato di gravidanza, in attesa di eseguire approfondimenti diagnostici in presenza di riferita sintomatologia.

L'accesso degli immigrati e dei loro bambini presso le strutture sanitarie pubbliche non deve prevedere necessariamente la presenza di spazi fisici a loro dedicati (ambulatori specializzati, orari riservati, medici e servizi solo per stranieri), ma la presenza, in ogni operatore sanitario, di "spazi mentali" disponibili all'accoglienza di tutte le persone che richiedono assistenza e aiuto.

La promozione della salute materna, della cultura dell'accoglienza e del rispetto delle tradizioni etniche delle famiglie di origine rappresentano i presupposti per il miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone straniere ed in particolare alle madri immigrate ed ai loro bambini (7, 8). L'erogazione delle prestazioni presenta inoltre difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, carenze nell'accoglienza e nella disponibilità di materiale informativo dedicato agli stranieri; da ultimo il personale medico ed infermieristico che spesso non si sente preparato ad affrontare (oltre alla prestazione sanitaria richiesta) eventuali problematiche sociali, giuridiche e culturali riferite dalla persona straniera. Qualora ci sia difficoltà di comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti stranieri per motivi linguistici e/o culturali, viene ad essere compromessa in primo luogo la qualità delle cure e delle prestazioni sanitarie. Infatti le difficoltà di inserimento sociale della famiglia straniera diventano spesso più evidenti in situazioni di malattia, poiché alla preoccupazione per la salute si associa anche la difficoltà di comunicazione per quanto riguarda diagnosi, indicazioni terapeutiche e prognosi, elementi non sempre di facile comprensione anche per genitori non stranieri (9).

La presenza dei mediatori interculturali permette di facilitare l'accesso ai servizi ospedalieri da parte dei pazienti stranieri. Il loro intervento permette un approccio più sereno ed efficace all'utente straniero che avverte di essere accolto, compreso e, quindi, tutelato all'interno del rapporto medico-paziente. I mediatori possono aiutare a comprendere il significato di tradizioni, abitudini e modi di vita differenti da quelli cui gli operatori sanitari dei Paesi ospitanti sono usi, poiché per ottenere un buon risultato terapeutico è necessaria la reciproca comprensione.

Si dovrebbe tenere in considerazione il diverso modo di percepire lo stato di malattia in culture profondamente diverse, per non rischiare di rendere nullo l'approccio terapeutico. Nella comunicazione, intesa sia a livello verbale sia negli atteggiamenti, comportamenti ed espressioni mimiche interpretabili in modo eterogeneo a seconda della cultura di provenienza, il mediatore culturale può essere di grande aiuto per conoscere più da vicino le tante sfumature di alcuni comportamenti, tipici di tradizioni culturali diverse da quelle cui apparteniamo. Non è facile, infatti, saper cogliere gli aspetti impliciti di atteggiamenti che possono sembrare ai nostri occhi insoliti e di scarso interesse. Il ruolo del mediatore culturale è proprio quello di fare nascere nell'operatore sanitario e non soltanto, l'interesse e la capacità di guardare al di là del comportamento tenuto in una determinata circostanza, come può essere la situazione di malattia e di saperlo inquadrare nel corretto contesto culturale. Senza il contributo dei mediatori interculturali, diventa difficile per gli operatori riuscire a collocarsi su un comune terreno di comunicazione. Tale figura professionale ha assunto pertanto un ruolo di tramite che va al di là della semplice traduzione letterale di prescrizioni o indicazioni mediche. Soltanto con la conoscenza reciproca è possibile ricevere le adeguate

informazioni sui reali bisogni di persone provenienti da Paesi stranieri e pertanto instaurare dei programmi di promozione e tutela della salute realmente efficaci e mirati alle loro esigenze. La conoscenza delle specifiche necessità sanitarie delle persone immigrate rappresenta la base senza la quale non è possibile attuare delle strategie per la promozione e per la tutela della salute dell'intera società. Poiché oggi una porzione, in continuo incremento, della popolazione residente è costituita da persone provenienti da Paesi stranieri, per poter parlare di benessere sociale è necessario instaurare dei percorsi di integrazione culturale nel rispetto delle tradizioni e delle etnie di origine. Infatti è necessario ricordare che il termine salute non indica solamente una condizione fisica di non malattia ma uno stato di benessere psicofisico che è strettamente dipendente anche dai rapporti interpersonali all'interno della società stessa. Occorre una riflessione continua sul proprio operato ed a volte è necessaria una certa capacità di autocritica; può risultare infatti difficile riconoscere degli stereotipi e dei pregiudizi nella propria cultura se si crede fermamente in essi, non è semplice essere capaci di offrire disponibilità e comprensione verso coloro i quali hanno modi di pensare diametralmente differenti.

In conclusione, i dati demografici attuali e le previsioni per i prossimi anni indicano che la natalità in Italia sarà sempre più caratterizzata da alte percentuali di bambini di origine straniera, figli di immigrati provenienti da tutte le regioni del mondo, portatori di culture, tradizioni e abitudini differenti. La tutela della salute delle madri straniere e dei loro neonati rappresenterà un importante impegno da parte di tutti gli operatori coinvolti del percorso nascita.

Occorre prevedere azioni favorevoli la promozione della salute delle persone immigrate e dei loro bambini, sia sul territorio mediante la rete consultoriale e di medicine di base, sia nelle strutture ospedaliere. Nei punti nascita in particolare devono essere previste adeguati servizi di accoglienza e orientamento per le persone straniere che vi accedono (mediatrici culturali, materiale informativo in diverse lingue, formazione del personale interculturale).

Sono inoltre necessarie ulteriori **misure amministrative e politiche a tutela della salute dei minori** di origine straniera (10). Secondo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è perciò fondamentale promuovere politiche che prevengano la precarietà sociale e l'instabilità della regolarità di soggiorno, e nella Consensus Conference di Trapani 2009, ha proposto alcune raccomandazioni al fine di: garantire l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i minori stranieri comunque presenti sul territorio nazionale; estendere il periodo di validità del permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformazione dello stesso in permesso di soggiorno per lavoro al fine di proteggere la salute dei neonati.

Inoltre, in considerazione di quanto il riconoscimento della cittadinanza e la facilitazione e stabilizzazione del diritto al soggiorno rappresentino determinanti di salute e di assistenza in grado di condizionare in modo significativo la salute degli individui, dei gruppi e delle comunità, la SIMM raccomanda di: adottare nella legislazione italiana il principio dello "*ius soli*" nella concessione della cittadinanza, in modo che nascere in Italia comporti l'acquisizione dello status di cittadino; revisionare i criteri e le modalità di rilascio dei permessi di soggiorno in termini di requisiti per l'ottenimento e termini temporali di validità in modo da tutelare le famiglie con minori (almeno fino al compimento del 14° anno di età) con la concessione di permessi di durata pluriennali; i minori cresciuti e scolarizzati in Italia al raggiungimento della maggiore età, o al termine degli studi, al fine di non farli incorrere nel rischio di espulsione; la coesione familiare favorendo i ricongiungimenti familiari, sia identificando parametri abitativi meno restrittivi degli attuali, sia snellendo l'iter burocratico; garantire l'accesso alle scuole per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo.

L'Italia è destinata a trasformarsi nei prossimi anni in una società multietnica. I tanti neonati di origine straniera che attualmente ha riportato in attivo i dati demografici del nostro Paese, saranno in futuro la giovane forza del lavoro e del progresso. Anche se nati in Italia, tuttavia, non possono essere ancora considerati "nuovi Italiani" per la norma sulla cittadinanza basata su "*ius sanguinis*" e non su "*ius soli*": attualmente oggetto di discussione politica per una eventuale revisione giuridica.

Bibliografia

1. Istituto nazionale di statistica. “La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2008”. Roma: ISTAT 2008
2. Geraci S., Marceca M. “Aspetti demografici e legislativi di interesse sanitario” in: “Il bambino immigrato. Vol. 1” (pag. 9-23) - Editeam Gruppo Ed. , 2003.
3. Bona G, Zaffaroni M. “I Bisogni di salute del Bambino Immigrato” in: “La salute del Bambino Immigrato: aspetti di pediatria preventiva e sociale”. Editeam Gr. Editoriale - 2007
4. Bollini P., Pampallona S. e coll. “Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature”. *Social Science and Medicine* 2009; 68:452-461
5. Mustillo S., Krieger N e coll. “Self-reported experiences of racial discrimination and Black-White differences in preterm and low-birthweight deliveries: the CARDIA Study”. *American Journal of Public Health* 2003; 94: 2125-2131
6. Wilkinson R, Marmot M “Social determinants of Health. The Solid Facts”. W.H.O. - Copenhagen, 2004.
7. Germano M, Zaffaroni M, Bona G. “L’assistenza infermieristica pediatrica dedicata ai neonati e alle madri di tutto il mondo” Atti VII Congresso Nazionale SIMM – Palermo, 2006 (pag. 445-446).
8. Leone S. “Per un ospedale interculturale”. Atti VII Consensus Conferences sull’Immigrazione. Erice (TP), 2002 (pag. 507-514).
9. Cattaneo M.L., Dal Verme S. “Donne e madri nella migrazione” Edizioni Unicopli – Milano, 2005.
10. Società Italiana Medicina delle Migrazioni “Documento finale della X Consensus Conference - VIII Congresso Nazionale SIMM” - Trapani, 2009.