

ACCOGLIENZA SANITARIA DEL MINORE MIGRANTE: UN PRIMO PASSO VERSO L'INTEGRAZIONE

Da Riol Rosalia Maria* , Ranno Orazio°

*Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare – Azienda O-U SSMM, Udine

°Gruppo del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

“ la speranza ha due bellissimi figli: sdegno e coraggio. Sdegno per le cose come sono e coraggio di cambiarle” (Sant’Agostino)

La storia dell’uomo è caratterizzata da migrazioni di singoli o di gruppi, da una regione all’altra della terra, causate da bisogni economici, da guerre, da conflitti sociali o da intolleranza religiosa. Se si confrontano due cartine dell’Europa, una della fine dell’Impero Romano, con le popolazioni “barbare” che premono sulla nostra penisola da ogni parte (da nord i Longobardi, da sud gli Arabi ecc.), l’altra con l’indicazione dei vari flussi migratori che la coinvolgono attualmente, si possono evidenziare varie similitudini. I contesti geopolitici e storici sono diversi ma le dinamiche migratorie e d’integrazione, le storie di sofferenza ma anche d’incontro e di speranza si sono ripetute nei secoli. Come scrive Cécile K. Kyenge nel suo recente “Ho sognato una strada. I diritti di tutti”, “L’Italia è bella perché ha saputo respirare i venti che soffiavano da ogni punto cardinale. La sua straordinaria ricchezza culturale non sarebbe fiorita se gli autoctoni non avessero accolto il nuovo, che proveniva dai vari popoli con i quali entravano in contatto.”. Quest’accoglienza del “nuovo” ha trovato e trova nella componente minorile delle popolazioni migranti, una sfida importante; il bambino, sia longobardo, arabo o nigeriano, da sempre rappresenta la prospettiva del domani, il potenziale tramite per un percorso di integrazione, quella parte di “se” del genitore migrante che diventa, nel nuovo contesto sociale, culturalmente “altro” e che, nello stesso tempo, da essere “altro” per la società ospite ne diventa parte, trasformandola.

L’accoglienza e l’integrazione dei figli di genitori immigrati o di minori non accompagnati (MSNA), oltre a configurarsi come imprescindibile dovere di tutela dei loro diritti, assume un valore fondamentale per la configurazione sociale, politica ed economica della società italiana di domani.

I modelli d’integrazione utilizzati in paesi con una storia d’immigrazione ben più lunga della nostra (melting pot, multiculturalismo) hanno dimostrato, in questi ultimi anni, parecchi punti critici soprattutto nella gestione delle seconde generazioni, non permettendo quindi una definizione condivisa, né a livello scientifico né politico, d’integrazione delle persone immigrate nel paese ospite. D’altro canto è palese che questa non possa consistere in un aggiustamento unilaterale da parte degli immigrati alla società di accoglienza, quanto in un adattamento reciproco, in un processo bidirezionale che porta, sia l’immigrato sia l’autoctono, al godimento effettivo dei diritti civili, sociali e politici (cittadinanza, accesso al voto), alla possibilità di condizioni di vita adeguate, all’accesso senza ostacoli ai servizi sanitari e di prevenzione. Tutto questo nel rispetto reciproco della dignità personale, culturale e religiosa (Zincone G. 2000 – Zincone G. 2009).

Esempio emblematico di quanto complessa sia la definizione d’integrazione e la sua completa realizzazione è rappresentato dalla popolazione nomade in Italia. Com’è noto, nel nostro paese, con

varia distribuzione tra nord, centro e sud, è attualmente calcolata la presenza di circa 140.000 persone tra Rom, Sinti, Caminanti e altri gruppi, di cui 70.000 sono in possesso di cittadinanza italiana, i restanti sono definiti “stranieri” (Piasere L, 2012). Nonostante ai primi sia stata riconosciuta ufficialmente la cittadinanza italiana, questa viene di fatto “negata” dall’immaginario collettivo degli autoctoni che continua a percepirli come stranieri. Siano Rom o Sinti o altri gruppi, siano con o senza cittadinanza, queste persone si trovano in una condizione di “straniero”, specialmente nell’ambito del diritto alla salute, da cui derivano forti carenze nell’assistenza sanitaria, sia di quella fruita sia di quella disponibile. Ben si addice a questa situazione il noto arcobaleno dei determinanti della salute elaborato da Dahlgren e Whitehead nel 1991 (Dahlgren G, Whitehead M. 1991) allo scopo di indurre all’adozione di politiche di accoglienza e di norme sanitarie ad hoc.

Se da una parte quindi l’acquisizione della cittadinanza si configura come una condizione che favorisce ma non è sufficiente per il pieno godimento dei diritti, tra cui fondamentale quello alla salute, dall’altra è sempre più evidente che una prima accoglienza sanitaria finalizzata a favorire l’accesso del minore migrante ai percorsi sociosanitari già strutturati nell’ambito del SSN italiano, è un passo importante in un’ottica d’inclusione e di equità.

In questa direzione si muove l’Accordo della Conferenza Stato-Regioni (approvato il 20 dicembre 2012 e pubblicato in G.U. il 7 febbraio 2013) che prevede, tra le altre indicazioni, l’iscrizione obbligatoria al SSN con l’attribuzione del Pediatra di libera scelta (PLS) o il Medico di medicina generale (MMG) a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dalla loro condizione giuridica (STPⁱ) e l’estensione di tale opportunità ai minori comunitari in possesso di codice ENIⁱⁱ o analogo”. Questo evidenzia nell’ambito dei percorsi socio-sanitari dedicati ai minori, la figura del PLS e il suo ruolo di “presa in carico” che, oltre all’attività diagnostica e terapeutica, comprende i controlli periodici di salute, il monitoraggio dello sviluppo cognitivo e relazionale, l’educazione sanitaria, la prevenzione e, non meno importante, il sostegno alla genitorialità. A tutt’oggi solo otto Regioni (Lazio, Puglia, Liguria, Campania, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Abruzzo) e una Provincia autonoma (Trento) hanno ratificato l’Accordo e, comunque, in pratica non lo applicano per quanto riguarda l’iscrizione suddetta. Altre Regioni, che invece non hanno ratificato l’accordo, lo applicano con modalità varie. In conclusione, nonostante l’Accordo avesse l’obiettivo di uniformare diritto e procedure nelle Regioni, in assenza di una *governance* nazionale, (in questo caso da parte del Ministero della Salute), le differenze e le disuguaglianze sono aumentate (Geraci S. 2013).

Il Gruppo di Lavoro del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria (GLNBI-SIP), che da vent’anni si occupa del diritto alla salute del minore migrante, ha seguito i cambiamenti che hanno caratterizzato la popolazione pediatrica migrante e i suoi bisogni di salute, stilando vari protocolli per l’accoglienza sanitaria del bambino migrante che nel tempo sono stati ridefiniti in base all’emersione di nuove problematiche. Le nuove tipologie di minori migranti, soprattutto i minori non accompagnati, i figli di profughi o richiedente asilo, molto spesso adolescenti, hanno fatto nascere l’esigenza di modificare ulteriormente le linee assistenziali (Consensus GLNBI-SIP - Roma 30 novembre 2013) in modo che il pediatra, “*in scienza e* ⁱⁱⁱ*coscienza*”, le possa utilizzare ed adattare ad ognuna delle suddette tipologie e nello specifico, in base al contesto di provenienza, alla storia personale e familiare, all’anamnesi fisiologica e patologica, al singolo bambino. Ogni standardizzazione nell’approccio, rischia di rivolgere l’attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici con ricadute importanti, non necessariamente

positive, oltre che sulla spesa sanitaria anche sui diritti fondamentali dei minori, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Queste nuove indicazioni dovrebbero essere considerate anche nell'accoglienza sanitaria dei bambini, di ogni età, che arrivano via mare a Lampedusa e alla costa orientale della Sicilia [da 4.499 -su un totale di 62.692 migranti - di cui 4.209 MSNA nel 2011 (IDOS 2013), a 7928 -su 40.244- con 4954 MSNA nel 2013 (Save the Children 2013)]. Senza dimenticare le possibili patologie contratte nel paese d'origine, la salute di questi minori al momento dello sbarco è prevalentemente minata dalle dure condizioni di viaggio che hanno dovuto sopportare. Traumi fisici (ustioni chimiche, colpi di sole, ipotermia), disidratazione, infezioni respiratorie e gastroenteriche acute, malnutrizione, denutrizione segnano il corpo di questi bambini. Non evidenti subito ma altrettanto gravi sono i traumi psichici (stress da sradicamento, perdita di familiari, abusi) che, se non curati al più presto, sono destinati a segnare per sempre la loro vita. A tutt'oggi, la gestione della loro accoglienza sanitaria e della loro tutela sul territorio italiano si compie in modo disorganizzato, con un continuo rimpallo di competenze e responsabilità tra istituzioni locali e nazionali, che li espone a ulteriori rischi (Save the Children 2013). L'identificazione della minore età, ad esempio, è eseguita con ricorso improprio alla radiografia del polso e in assenza di consulenza pediatrica; in seguito, sono ospitati in strutture di soccorso e prima accoglienza, prive degli standard essenziali per minori (promiscuità con adulti, scarsa igiene ambientale, nutrizione inadeguata) soprattutto per lunghi periodi.

Nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia che dispone che "gli stati parte s'impegnano a rispettare i diritti (.) di ogni bambino che dipende dalla loro giurisdizione, senza discriminazioni" (art.2) è prioritario rendere il più breve possibile il tempo di permanenza dei minori nei luoghi di sbarco. Nei centri di prima accoglienza sanitaria dovrebbero essere previste le figure del pediatra e del mediatore culturale e, per il supporto e la tutela legale, la nomina di un tutore del minore. Anche la continuità assistenziale per il tempo di permanenza nei luoghi di seconda accoglienza dovrebbe essere affidata a un pediatra o a un professionista con competenze pediatriche, tenendo comunque conto della necessità di un intervento multidimensionale e multi professionale .

A questo riguardo la SIP, nell'ottobre 2013, ha riaffermato la centralità della figura del pediatra nella difesa dei diritti del bambino, in particolar modo quello alla salute, facendosi promotrice del "*Manifesto della Società Italiana di Pediatria e delle associazioni scientifiche e professionali dell'area pediatrica per una mobilitazione generale in difesa dei bambini migranti nel Mar Mediterraneo*". Nell'ambito di questa iniziativa, la formazione riveste un ruolo fondamentale che si sta concretizzando nell'ideazione e strutturazione di un "Corso di Formazione per operatori sanitari in servizio nei Centri di prima accoglienza per i migranti". Questo corso si propone non solo di fornire, in un'ottica transculturale, le nozioni scientifiche e di pratica clinica relative all'assistenza di questi bambini, ma anche di arricchire la "competenza culturale" dei professionisti per quanto riguarda le diverse tipologie di minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste.

La speranza del GLNBI-SIP è che, al più presto, gli argomenti inerenti al diritto e alla tutela della salute del minore migrante siano oggetto di insegnamento anche nell'ambito dei corsi universitari delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specialità con pari dignità rispetto ad altre materie. Questo permetterebbe ai futuri pediatri di essere più preparati ad "accogliere" il bambino migrante e la sua famiglia, ad individuare e rimuovere gli ostacoli e le situazioni che determinano quel "mal - essere" che invece di integrare allontana ed emargina, con conseguenze a volte

devastanti. Il pediatra dovrebbe diventare un “*catalizzatore*” nel processo d’integrazione, ottimizzando così i risultati del suo lavoro e potenziando la possibilità del bambino di godere a pieno i suoi diritti.

¹ Stranieri non appartenenti all’Unione europea senza permesso di soggiorno (Straniero Temporaneamente Presente – STP).

² Cittadini dell’Unione Europea indigenti, senza TEAM, senza attestazioni di diritto di soggiorno, senza requisiti per l’iscrizione obbligatoria al SSN (Europei Non Iscritti – ENI).

Bibliografia

- Dahlgren G, Whitehead M.: Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for future studies, Stockholm
- Dossier Minori Migranti in arrivo via mare 2013. Save the Children, Italia Onlus
- Geraci S. Se il Ministero e le Regioni disattendono le regole. Il punto sull’applicazione dell’accordo Stato-Regioni del 201 Dicembre 2012. Il Sole24Ore – Sanita’, Feb-2014.
- GLNBI-SIP. Nuove indicazioni per l’accoglienza sanitaria del minore migrante. Consensus GLNBI-SIP - Roma 30 novembre 2013. www.glnbi.org
- Immigrazione Dossier Statistico 2013 – Centro Studi e Ricerche IDOS
- Piasere L.: Scenari dell’antiziganismo tra Europa e Italia, tra antropologia e politica. 2012 SEIS Ed. Firenze
- Zincone G. Primo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Bologna, 2000, Il Mulino Ed;
- Zincone G. Immigrazione: Segnali di integrazione: sanità, scuola, casa. Bologna, 2009, Il Mulino Ed.