

■ Francesco Cataldo

Parole chiave
bambini immigrati e rischio di malattia
Keywords
immigrant children and risk of disease

Tutela della salute del bambino immigrato

Negli ultimi anni si è verificato un progressivo aumento dei flussi migratori verso l'Italia da parte di popolazioni provenienti da Paesi in via di sviluppo (PVS). Tale fenomeno, secondario alla esplosione demografica nei PVS e alle loro scarse risorse economiche, ha interessato anche l'età pediatrica: secondo i dati ufficiali del Ministero degli Interni, alla fine del 1999 i bambini stranieri in Italia erano 165.000 mentre alla fine del 2004 (ultimo dato ufficiale disponibile) erano triplicati, cioè 491.000. Tali numeri tuttavia sono sottostimati perché non tengono conto dei bambini stranieri nati in Italia da genitori immigrati irregolari, dei bambini nomadi, dei minori non accompagnati e di quelli rifugiati per asilo politico.

Riassunto

I bambini immigrati sono in forte crescita in Italia, soprattutto per l'aumento di nuovi nati da genitori stranieri e dei ricongiungimenti familiari di minori provenienti da Paesi in via di sviluppo. Questi bambini hanno un maggior rischio sanitario correlato a condizioni di svantaggio sociale e problemi di integrazione culturale con gli stili di vita del mondo occidentale. Debbono quindi essere promosse politiche, sanitarie e di integrazione, volte a superare sia le condizioni di disuguaglianza sociale sia quelle di diversità culturale.

Summary

Immigrant children are steadily increasing in Italy, especially because of new infants born in Italy from immigrant parents and of immigrant children coming from their native countries to join their original families. Immigrant children have both a high risk of diseases related to social disadvantages and problems of cultural integration with western lifestyles. Specific policies are necessary to reduce these conditions of social inequality and improve cultural integration of immigrant children

Nascite e ricongiungimenti

La Pediatria ufficiale italiana ha cominciato a occuparsi dei problemi specifici del bambino immigrato solo pochi anni fa (1992) quando si è costituito il **Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato (GLNBI)**, affiliato alla SIP. Il GLNBI, con indagini proprie, si è dedicato a raccogliere i dati demografici e a individuare i rischi sociosanitari dei bambini stranieri. Ha rilevato, per esempio, che i nati in Italia da genitori stranieri e i bambini che arrivano in Italia dai PVS per ricongiungersi alle famiglie di origine, negli ultimi anni sono notevolmente aumentati. Così, se si tiene conto che in Italia nel 2004 sono nati 48.000 bambini da genitori stranieri, che altri 29.000



ne sono giunti per ricongiungimento familiare (tabella I) e circa 3.000 a seguito di adozione internazionale, i bambini di origine straniera che durante un solo anno si sono insediati nella nostra nazione sono 80.000, pari al 15 per cento delle nuove nascite in Italia (circa 550.000).

Viene definito *bambino immigrato* ogni soggetto in età evolutiva la cui presenza in Italia è riconducibile a un fenomeno migratorio¹, distinguendone diverse categorie:

- bambini nati in Italia da genitori immigrati;
- bambini stranieri giunti in Italia per ricongiungimento familiare;
- bambini adottati dall'estero;
- bambini nomadi;
- bambini profughi e rifugiati politici;
- bambini stranieri non accompagnati.

Quali problematiche?

Ciascuna di queste categorie ha rischi sanitari e socioculturali peculiari. Così nei nati in Italia da genitori immigrati sono presenti, rispetto ai nati da genitori italiani, **maggiori incidenze di immaturità, prematurità**, in genere tutte le malattie neonatali e di natimortalità². Ciò è da collegare ai numerosi fattori di rischio che caratterizzano la gravidanza delle donne immigrate (condizioni di svantaggio socioeconomico, nutrizionale e culturale, difficoltà di accesso al SSN). Nelle età successive gli stati morbosi più comuni osservati nel minore straniero sono quelli acuti a carico dell'apparato respiratorio e digerente (faringiti, bronchiti, enteriti, ecc.), sovrapponibili a quelli del bambino italiano, ma condizionati da situazioni di svantaggio sociale quali il basso reddito familiare, alcune carenze igienico-abitative e nutrizionali e la clandestinità dei genitori che comporta difficoltà di accesso al SSN^{3,4}. Quest'ultima condizione spiega pure perché **numerosi bambini immigrati non sono vaccinati** o hanno eseguito cicli vaccinali incompleti.

Eccezionali sono invece nel minore immigrato le malattie esotiche da importazione, anche se queste debbono essere sospettate ogni volta che si è di fronte a bambini giunti in Italia da poco tempo e con quadri clinici inconsueti^{3,5}. **I problemi nutrizionali** (ritardo di crescita, rachitismo, anemia ferrocarenziale) non sono frequenti nel bambino straniero, ma risultano più comuni e gravi nelle famiglie immigrate di recente⁶. Queste difatti, quando sono giunte da poco tempo in Italia, hanno un basso reddito e tendono facilmente a conservare le abitudini alimentari del paese di origine (allattamento al seno esclusivo e prolungato, svezzamento tardivo, regimi alimentari vegetariani o legati a fedi religiose), situazioni queste che possono condurre a stati disnutrizionali. D'altro canto, un recente studio multicentrico del GLNBI e della SIGENP (Società italiana gastroenterologia epatologia e nutrizione pediatrica)⁷ suggerisce che l'acquisizione da parte del bambino immigrato delle abitudini alimentari del mondo occidentale (durata breve dell'allattamento al seno o allattamento innaturale sin dalla nascita, svezzamento precoce, ecc) può favorire, più delle differenze etniche e razziali, l'insorgenza di intolleranze (celiachia) e allergie alimentari (al latte, alla frutta, all'uovo, al pesce, al riso, alle verdure).

I bambini adottati dall'estero, circa 3.000 all'anno nell'ultimo quinquennio, sono di solito accompagnati da relazioni sanitarie non attendibili e provengono da situazioni di deprivazione fisica e psicologica secondarie a lunghi periodi trascorsi in orfanotrofio. Essi, all'arrivo in Italia, possono presentare malnutrizione, malattie infettive, stato vaccinale inadeguato, segni

Tabella 1 – I bambini stranieri in Italia

Nati da genitori stranieri Ricongiungimenti familiari

1985	5.500	(0,9%)		
1990	11.500	(2,0%)	1990	2.000
1994	20.000	(3,8%)	1995	17.500
2000	25.900	(4,8%)	2000	23.000
2002	32.800	(6,1%)	2002	25.500
2004	48.000	(8,6%)	2004	29.000

Note: tra parentesi le percentuali degli stranieri sul totale delle nascite in Italia

Fonte: Dossier statistico immigrazione Caritas 2005



Gli stati morbosi più comuni osservati nel minore straniero sono quelli acuti a carico dell'apparato respiratorio e digerente condizionati da situazioni di svantaggio sociale quali il basso reddito familiare, alcune carenze igienico-abitative e nutrizionali e la clandestinità dei genitori che comporta difficoltà di accesso al SSN



Riconoscono come importante solo la malattia acuta e grave e non condividono i nostri concetti di prevenzione. Così la copertura vaccinale è bassissima e la gestante non esegue controlli sanitari durante la gravidanza.

di maltrattamento, depressione e necessitano quindi di un attento check-up⁸.⁹. Anche se in breve tempo superano tali situazioni perché vivono in famiglie benestanti e motivate, essi hanno un rischio elevato di difficoltà di inserimento nella famiglia, nella scuola, tra i coetanei e, durante l'adolescenza, di turbe caratteriali o comportamentali antisociali¹⁰.

I nomadi in particolare

I nomadi, difficili da censire perché sparsi in maniera disomogenea in Italia, hanno stili di vita e culture differenti dalle nostre¹¹. Vivono in baracche situate nelle zone periferiche della città, spesso non dotate di infrastrutture sanitarie (acqua corrente, fognature, smaltimento dei rifiuti). La struttura portante della loro società è la famiglia e al suo centro vi sono i figli che sono considerati fonte di ricchezza. Le ragazze si sposano giovanissime (14-15 anni) e hanno una prole sempre numerosa. Il tasso di analfabetismo è elevatissimo e gli zingari rifiutano ogni tipo di lavoro continuativo o subordinato. Tutto ciò favorisce sin dall'infanzia l'accattonaggio, la chiromanzia, e i piccoli furti, che secondo le tradizioni dei Rom non costituiscono reati ma anzi mezzo di sostentamento.

Il loro concetto di salute è diverso da quello comune¹¹: essi riconoscono come **importante solo la malattia acuta e grave** e non condividono i nostri concetti di prevenzione. Così la copertura vaccinale è bassissima e la gestante non esegue controlli sanitari durante la gravidanza. Ciò spiega perché tra i nomadi sono particolarmente **frequenti la morbilità e la mortalità neonatale**. Nelle età successive gli stati morbosi più comuni sono collegati alle loro precarie condizioni di vita e sono costituiti prevalentemente da malattie acute infettive a carico dell'apparato digerente, respiratorio e della cute.



I bambini stranieri non accompagnati e a rischio di devianza

Il termine di bambini stranieri non accompagnati si riferisce ai minori senza cittadinanza italiana che si trovano nella nostra nazione **privi di genitori** o altri adulti che siano responsabili del loro mantenimento, della loro educazione, della loro istruzione e che diano loro un riferimento affettivo familiare¹².

Non sono molto numerosi (tra 5.000 e 7.000, ma probabilmente tale numero è sottostimato perché per l'anagrafe sono "invisibili") e arrivano in Italia clandestinamente, prevalentemente dall'Est Europa e dal Nord Africa^{12, 13}. Costituiscono un gruppo di **minori senza casa** (vengono definiti "bambini di strada"), che si procurano da soli i mezzi per sopravvivere. Per questo motivo sono dediti all'accattonaggio o possono facilmente incappare nella rete malavitosa degli adulti che li sfruttano per lavorare in nero o li utilizzano nella microcriminalità. Per le giovani ragazze può anche aprirsi la strada della prostituzione e per i minori più piccoli (di ambedue i sessi) quella della pedofilia. I bambini non accompagnati, quelli nomadi e i minori profughi di guerra (questi ultimi hanno frequentemente comportamenti antisociali legati alla così detta *sindrome da eradicazione* legata ai traumi

psicologici subiti a seguito della separazione violenta dalla famiglia, dalla terra di origine e dalle loro tradizioni), sono a **forte rischio di devianza** ¹⁴.

Ciò spiega perché recentemente il numero dei preadolescenti e degli adolescenti stranieri negli istituti di pena minorile italiani è fortemente aumentato ^{14, 15, 16}.

Il fenomeno migratorio si è rinnovato

Durante questi ultimi anni in Italia il fenomeno migratorio ha subito tuttavia un profondo cambiamento, trasformandosi da irregolare e provvisorio in regolare e definitivo, in quanto buona parte della popolazione straniera adulta, dopo un periodo di assestamento legato alla ricerca di un lavoro e di una residenza stabili, ha cominciato a formare nuove famiglie ¹³.

Questa modificazione dello *status* di immigrato ha determinato l'aumento dei **nuovi nati in Italia da genitori stranieri** e dei ricongiungimenti di minori dal paese di origine di cui si fatto cenno in precedenza.

L'aumento degli immigrati di seconda generazione, cioè dei bambini stranieri, comporta il problema della loro **integrazione** (culturale, religiosa, linguistica) con la nostra società, perché gli immigrati portano in Italia anche le loro tradizioni e i loro stili di vita ^{4,15}). Questa rappresenta oggi la sfida più importante che stiamo affrontando sul fronte della immigrazione. Una conferma della tendenza degli immigrati a volersi stabilire definitivamente in Italia e del loro desiderio di integrazione con la nostra società viene dall'aumento dei bambini stranieri nella scuola, che per il minore costituisce il più importante luogo di scambi culturali al fuori dalla famiglia. I bambini stranieri che frequentavano la scuola italiana erano solo 11.800 nell'anno scolastico 1988/89, sono divenuti 42.800 nel 94/95, 120.000 nel 99/00 e 282.000 nel 03/04, passando dallo 0,12 per cento dell'intera popolazione scolastica nell'1988/89 al 3,5 per cento nel 2003/04 (fonti *Istat e MIUR*). Peraltro, un'indagine multicentrica condotta in Italia dal GLNBI nel 2004 ¹⁷ ha mostrato che i bambini immigrati che frequentano la scuola italiana hanno un **più elevato rischio**, rispetto ai loro coetanei figli di genitori italiani, **di ritardo scolastico**. Questo è più grave e frequente nella scuola secondaria ed è correlato alla nascita nel paese di origine, alla recente immigrazione della famiglia, alla iscrizione nella scuola d'obbligo tardiva rispetto all'età cronologica, e alla ridotta conoscenza della lingua italiana.

Identità e retaggi

L'identità culturale dei bambini stranieri di seconda generazione, legata in famiglia a modelli educativi e comportamentali del paese di origine (luogo dove la famiglia vuole tornare ma anche da dove i genitori sono dovuti andar via) e nel paese di arrivo (luogo in cui si è stranieri ma anche dove è possibile un processo di emancipazione) a stili di vita occidentali, può essere vissuta in maniera ambivalente e persino conflittuale. Basti pensare all'uso del *chador*



Un'indagine multicentrica condotta in Italia dal GLNBI nel 2004 ¹⁷ ha mostrato che i bambini immigrati che frequentano la scuola italiana hanno un più elevato rischio, rispetto ai loro coetanei figli di genitori italiani, di ritardo scolastico.

e del *burka*¹⁸, alle pratiche del *baby-carrying* e del *maternage ad alto contatto* nella *care* del piccolo bambino¹⁸, o alle usanze alimentari-religiose^{18,19}: il divieto per le etnie del Sub-continente indiano di assumere carne di vacca e per quelle islamiche carne suina, oppure l'obbligo per i musulmani del *Ramadan* (mese lunare di digiuno) e di alimentarsi con carne *halal* (cioè pura perché macellata secondo le tradizioni dettate dal Corano). E cosa dire delle mutilazioni genitali femminili^{18,20}, pratiche diffusissime nei PVS, che secondo la "tradizione" costituiscono una dote per la ragazza e per la famiglia?

In conclusione, la presenza di bambini immigrati in Italia è in forte crescita. Ciò ha comportato, e comporta tutt'ora, problemi sanitari che sono correlati alle diverse tipologie di immigrazione infantile, ma soprattutto dalle condizioni di svantaggio sociale di questi bambini.

Dobbiamo quindi promuovere strategie di politica sanitaria a favore del bambino straniero che superino o almeno riducano queste condizioni di disuguaglianza. Un esempio è stato dato nel recente passato dalle legge 40/1998 che ha esteso a tutti gli stranieri irregolari (compresi i minori) la **garanzia e l'obbligo delle cure urgenti e dei programmi di medicina preventiva di massa** (vaccinazioni).

Tuttavia, oggi grande attenzione deve essere posta alla soluzione di un problema peculiare dell'immigrato di seconda generazione, costituito dalla integrazione tra culture e stili di vita diversi.

Il pediatra, che è l'avvocato difensore del bambino qualunque sia il colore della sua pelle, deve adoperarsi per superare sia le condizioni di svantaggio sociale che aumentano il rischio sanitario di questi bambini sia le barriere culturali che rendono il minore immigrato veramente diverso, cioè "straniero", rispetto ai nostri.

Indirizzo per la corrispondenza:

prof. Francesco Cataldo
Piazza Leoni 49
90143 Palermo
e-mail: cesocat@freemail.it

Bibliografia

- 1 Salvioli GP. Il bambino immigrato. Una nuova realtà per il Pediatra. Riv Ital Ped 1994; 20: 299-310.
- 2 Bona G, Zaffaroni M, Cataldo F, Sandri F, Salvioli GP ed il GLNBI. Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentre case-control study. PanMinerva Medica 2001; 43: 155-159.
- 3 Zaffaroni M, Esposito S, Bona G. L'accesso alle strutture ospedaliere. In: Bona G. Il bambino immigrato, Vol 1°. Edizioni Editeam 2003.
- 4 Lo Giudice M, Prodi M. La Pediatria di famiglia nell'assistenza del bambino immigrato. In: Cataldo F e Gabrielli O. Il Bambino immigrato attualità e prospettive, Vol 2°. Edizioni Editeam 2005.
- 5 Cataldo F, Ziino O, Cascio A. Su di un caso di malaria da *Plasmodium vivax* in una bambina adottata. Riv Ital Ped 1999; 25: 916-918.
- 6 Peltó GH. Ethnic minorities, migration and risk of undernutrition in children. Acta Ped Scand 1991; Suppl 874: 51-57.
- 7 Cataldo F, Accomando S, Fragapane ML, Montaperto D. Are food intolerances and allergies increasing in immigrant children coming from developing countries? Ped All Imm 2006; 17: 364-369.
- 8 Gabrielli O, Rocchi E, Virdis R. Le adozioni internazionali. In: Bona G. Il bambino immigrato, Vol 1°. Edizioni Editeam 2003: 97-109.
- 9 Cataldo F, Accomando S, Porcari V. Internationally adopted children: a new challenge for Pediatricians. Minerva Pediatrica 2006; 58: 55-62.
- 10 Jiern A, Lindblad F, Vinnerijung B. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in inter-country adoptees in Sweden: a cohort study. Lancet 2002; 360: 443-448.
- 11 Acerbi L, Trillò ME. Il bambino zingaro. In: Bona G. Il bambino immigrato, Vol 1°. Edizioni Editeam 2003.
- 12 Polito MA. Minori adolescenti non accompagnati. In: Cataldo F e Gabrielli O. Il bambino immigrato attualità e prospettive, Vol 2°. Edizioni Editeam 2005.
- 13 Caritas. Dossier Statistico Immigrazione 2005. Edizioni Antarem
- 14 Pacchin M. I diritti dei minori ed il disagio scolastico e sociale. Il Rischio di devianza. In: Bona G. Il bambino immigrato, Vol 1° Edizioni Editeam 2003.
- 15 AA VV. La condizione dei bambini e adolescenti di origine straniera. Rapporto Caritas-Unicef 2005.
- 16 Zaffaroni M. L'emarginazione del bambino immigrato. Riv Ital Ped 1999; 25: 707-712.
- 17 Pacchin M, Accomando S, Salvioli GP, Cataldo F. School problems among immigrant students. Ital J Ped 2004; 30: 233-239.
- 18 Lo Giudice M. Etnopediatria. Bambini e salute in una società multietnica. Hippocrates Edizioni Medico Scientifiche 2003.
- 19 Cataldo F, Presti L. Le tradizioni alimentari nelle diverse culture. Bambini e Tradizione 2002; 9: 145-149.
- 20 Lupo E, Livio M, Zaffaroni M, Bona G. Le mutilazioni genitali femminili. Riv Ital Ped 2000; 26: 771-777.