

Bambini stranieri, minori migranti: sfida e opportunità per la tutela e la promozione della salute

Foreigners children, migrant minors: challenge and opportunity for health protection and promotion

Simona La Placa, Rosalia Maria Da Riol

Gruppo di Studio - Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM – SIP), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Parole chiave: bambini migranti, accesso ai servizi sanitari, multidisciplinarietà, determinazione età, cittadinanza

RIASSUNTO

Obiettivi: oggi più che mai le migrazioni rappresentano una sfida da affrontare in termini di accoglienza, ma soprattutto un'opportunità da cogliere in ambito di sanità pubblica per la "crescita" dei servizi offerti attraverso un approccio multidimensionale.

Metodi: il Gruppo di Lavoro del Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM-SIP) da 25 anni si occupa di salute e, di conseguenza, di diritto alla salute del bambino migrante nell'ambito di un lavoro di rete con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Risultati: seguendo i cambiamenti che nel tempo hanno caratterizzato la popolazione pediatrica migrante e i suoi bisogni di salute, si è reso necessario modulare l'accoglienza sanitaria al minore migrante tenendo conto sia delle attuali evidenze scientifiche sia del fatto che ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute non positive, sia sui bisogni specifici del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica. Inoltre, la particolare vulnerabilità dei minori migranti, dovuta a fragilità sociale ed accoglienza inadeguata, insieme all'incremento delle migrazioni forzate e del numero di minori stranieri non accompagnati, impongono un approccio olistico multidisciplinare e transculturale, sempre più diffuso.

Conclusioni: il tutto nasce e deve essere applicato nella ferma consapevolezza che il fine ultimo dell'accoglienza

Autore per corrispondenza: simonaplaca@libero.it

sanitaria al minore migrante è l'inclusione del bambino, il più presto possibile, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e il suo regolare accesso ai percorsi dedicati alla popolazione pediatrica, in un'ottica d'inclusione e di equità.

Key words: migrant children, access to health care, multidisciplinary approach, age assessment, citizenship

SUMMARY

Objectives: today more than ever, migrations are a challenge to be addressed in terms of reception but above all an opportunity to be taken in terms of public health. The aim is to improve, through a multidimensional approach, pediatric health services.

Methods: the National Working Group for Migrant Children of the Italian Society of Pediatrics (GLNBM – SIP) has been working for twenty five years for the right to migrant child's health and healthcare, in partnership with the Italian Society of Health and Migration.

Results: following the changes that have characterized the migrant pediatric population and its health needs, health-reception have been further redefined from time to time, in order to take into consideration both current scientific evidence and to avoid any standardized approach that is likely to focus attention on epidemiological and infectious aspects without any positive effects on both the individual needs and health care costs and without any real benefits in terms of public health. Moreover, the particular vulnerability of migrant minors, due to social fragility and inadequate reception, in turn added to the increase of forced migrations and the growing number of unaccompanied minors, impose multidisciplinary and transcultural approach, increasingly widespread.

Conclusions: all of the above shall be applied, thereby also increasing public awareness, in order to promote – within a framework where inclusion and fairness prevail – foreign children's access to pediatric health services as well as their National Healthcare System registration.

Premessa

Oggi più che mai le migrazioni rappresentano una sfida da affrontare in termini di accoglienza, ma soprattutto un'opportunità da cogliere in ambito di sanità pubblica per la "crescita" dei servizi offerti attraverso un approccio multidisciplinare e transculturale.

Recentemente il *Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria (SIP)*, riprendendo la definizione di bambino immigrato, coniata da Gianpaolo Salvioli nel 1994, e cioè "ogni soggetto in età pediatrica la cui presenza nel nostro paese sia, a qualsiasi titolo, in relazione con un movimento migratorio", ha cambiato la sua denominazione da GLNBI a GLNBM sostituendo la I di Immigrato con la M di Migrante. Da un lato, la variazione lessicale risulta più aderente al linguaggio delle organizzazioni internazionali (migrant in francese e in inglese) e quindi permette di parlare di minori migranti (MM) in quanto entità portatrice di diritti indipendentemente dal paese in cui sono ospitati, dall'altro il termine "migrante" è stato proposto nell'accezione di colui che "non è più e non è ancora", che è uscito dal suo spazio geografico ma anche sociale e culturale ma non è ancora entrato, in modo completo e soddisfacente, in quello nuovo in cui vorrebbe inserirsi e di cui si sente verosimilmente già parte.

D'altro canto, il quadro venutosi a delineare, nell'ambito dei flussi migratori nel corso degli

ultimi 20 anni, è assolutamente eterogeneo e in continua evoluzione proprio in base al percorso migratorio, direttamente intrapreso da bambini stranieri, minori migranti, con i propri genitori o al fine di ricongiungersi ad essi, o addirittura da soli senza figure adulte di riferimento, con un progetto migratorio non sempre ben definito, sia che fosse “economico”, sia “forzato”, in fuga da povertà, violenza, guerre e persecuzioni. Piuttosto, però, che creare categorie e spazi dedicati, la prospettiva nel pensare percorsi di promozione e tutela della salute dei minori migranti dovrebbe essere di aprire spazi “mentali” che tengano conto tanto delle differenze socio-demografiche, quanto di quelle di status giuridico che non possono non aver conseguenze sulla salute psico-fisica di questi bambini. Il tutto nell’ambito di un approccio bambino-centrico, che difenda i minori migranti da barriere di tipo normativo, burocratico-amministrativo e socio-culturale, che inesorabilmente mettono a rischio i loro diritti (1).

Vulnerabilità e Potenzialità

Questo universo merita un’attenzione particolare alla luce delle loro molteplici vulnerabilità in quanto migranti, minori, soli (quando non accompagnati), irregolari. Se si considera, infatti, la salute come una risorsa per vivere non solo una vita sana ma anche rispondente alle proprie aspettative, è chiaro che la promozione di questa coinvolge non solo il sistema sanitario ma la società nel suo complesso. In generale, ma nel caso dei minori in particolare, la tutela della salute va intesa, secondo l’OMS, come stato di completo benessere fisico, psichico, sociale, e non soltanto assenza di malattie o infermità. A tal proposito, le principali Convenzioni internazionali sanciscono il diritto alla salute come uno dei diritti fondamentali dell’individuo e delle collettività e la sua tutela uno dei doveri degli Stati. Prima fra tutte, la Convenzione per i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, siglata a New York nel 1989, che riconosce, all’art. 3, il minore non come “oggetto di tutela e assistenza”, ma soprattutto “soggetto di diritto”, e quindi titolare di diritti in prima persona, il cui interesse deve essere tenuto in primaria considerazione in ogni circostanza. E all’art. 24, al fine di garantire a tutti i bambini la necessaria assistenza e cure mediche con particolare riferimento al loro sviluppo psico-fisico, viene sancito il loro diritto alla salute con la possibilità di beneficiare dei servizi sanitari di base. Si profila, quindi, come elemento irrinunciabile un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) universalistico e calibrato sui bisogni emergenti delle famiglie e dei bambini (soprattutto quelli a maggior rischio sociale o psicosociale), con percorsi assistenziali ripensati per “fare meglio con meno” in un’ottica di piena inclusione ed equità nell’offerta (2).

A tal proposito, la non univoca interpretazione delle normative nazionali a livello territoriale rappresenta un esempio emblematico di barriere giuridico-amministrative, che minano la concreta realizzazione dei diritti di questi minori, che sono prima di tutto e innanzi tutto bambini, e solo dopo anche migranti. Sulla scia di quanto era già stato sancito con l’Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (3) che a sua volta dava un’interpretazione autentica e univoca della normativa vigente Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 (Legge Turco-Napoli-

tano), nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 18 marzo 2017, all'articolo 63, comma 4, si ribadisce che "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani". Sebbene al momento nel DPCM appena approvato vengano esclusi i minori figli di genitori provenienti da Stati membri dell'Unione Europea in condizioni di fragilità sociale (Europei Non Iscritti - ENI) e non siano state date indicazioni operative compresa nessuna specifica sul codice di esenzione ticket, l'inserimento nei nuovi LEA dell'iscrizione al SSN dei figli di stranieri non in regola con le norme di soggiorno è un ulteriore passo in avanti per l'esercizio del diritto alla salute.

In questa prospettiva, l'individuazione di un percorso sanitario inclusivo ed equo nell'ambito del SSN italiano, accessibile a tutte le tipologie di minore migrante, si poneva come uno degli obiettivi delle Indicazioni per l'accoglienza sanitaria del bambino migrante, elaborate dal GL-NBM-SIP (4), elaborate in seguito al graduale mutamento della componente minorile della popolazione immigrata, determinato dall'arrivo di un numero sempre maggiore di bambini, soli o accompagnati, provenienti da contesti geo-politici e con modalità di viaggio differenti. Valorizzando lo specifico ruolo dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, e differenziando le indagini tra primo e secondo livello, quanto indicato si contrappone alla standardizzazione dell'approccio, che rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute negative sia sui bisogni peculiari del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

I minori, in particolare, richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali, come risposta ai differenti bisogni di salute. E dal momento che l'esercizio del diritto alla salute è funzione della corrispondenza, quindi congruità, tra il bisogno di salute del minore e l'offerta e fruibilità dei servizi, lo stato di emarginazione legale e sociale, il valore culturale sulla percezione del bisogno da parte delle famiglie con le relative barriere linguistico-culturali, e infine gli ostacoli, propri dell'età infantile, nel suo manifestarsi, sono le ragioni per cui il bisogno di salute spesso non raggiunge la visibilità dei servizi e di contro non se ne giova in termini di fruibilità. Il SSN affida al Pediatra di libera scelta (PLS) l'assistenza specialistica di base, di primo livello, del bambino (dalla nascita fino ai 14-16 anni). In questo modo, il sistema garantisce un'accoglienza socio-sanitaria omogenea su tutto il territorio nazionale, al fine di assicurare continuità e coordinamento tra realtà assistenziali, ospedaliere e territoriali. Il pediatra di famiglia, tutore della salute del bambino intesa come benessere globale psico-fisico, oggi sempre di più, ha un ruolo centrale nella strategia assistenziale del bambino migrante a partire dai controlli periodici di salute al monitoraggio dello sviluppo cognitivo e relazionale, oltre all'attività diagnostica e terapeutica e quindi più propriamente di cura nell'immediato. Si ribadisce, inoltre, la centralità del PLS, non solo come riferimento per la "presa in carico" e la tutela della salute del minore instaurando un rapporto continuativo con le famiglie, nell'attività di prevenzione e educazione alla salute, ma anche come possibile "catalizzatore" dei

processi di integrazione e sostegno alla genitorialità.

Ovviamente tutto questo non può prescindere dal favorire percorsi di formazione al fine di arricchire la “competenza culturale” dei professionisti per quanto riguarda i minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie e psicologiche, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste. Spesso, infatti, medici e operatori sanitari non conoscono i rischi sullo stato di salute legati al fenomeno migratorio e il più delle volte non sono preparati ad affrontare i bisogni sanitari dei migranti, perché nel loro percorso formativo non sono previsti insegnamenti ad hoc, mentre dovrebbe essere contemplata una formazione che includa l’insegnamento di temi sanitari legati ai fenomeni migratori. Inoltre, attraverso un approccio multidimensionale e quindi il coinvolgimento di diverse figure professionali tra i docenti e i discenti, non solo medici pediatri ma anche medici di sanità pubblica, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, l’obiettivo dovrebbe essere raggiungere più operatori possibili coinvolti nell’accoglienza sanitaria dei bambini migranti, provenienti da contesti diversi, e sollecitare un’interazione tra i partecipanti con dibattiti vivaci, propositivi per lo scambio di buone prassi e condivisione delle problematiche.

Se da un lato non si può negare, inoltre, che persistono falsi miti e luoghi comuni che creano “resistenze” da parte di alcuni operatori anche in ambito socio-sanitario, dall’altro indipendentemente dal grado di accesso ai servizi sanitari, la mancanza di campagne di sensibilizzazione e informazione porta a una scarsa consapevolezza dei propri diritti da parte della popolazione immigrata.

In questo quadro, si riconosce l’importanza del riconoscimento della cittadinanza come diritto ad avere diritti e punto di partenza per ogni possibile percorso di inserimento sociale, piuttosto che come riconoscimento per una avvenuta integrazione (5). Da questo punto di vista, la “questione della cittadinanza” è un’altra opportunità che l’Italia, al momento, rischia di perdere, mantenendo la legislazione nazionale ferma al 1992, quando gli stranieri erano 356.000 (0,6% della popolazione residente) e le concessioni di cittadinanza 4.204 a confronto degli attuali 5.026.150 (8,3% della popolazione residente), di cui 1.085.274 minori (21,2%), e 178.035 concessioni di cittadinanza, rispettivamente nel 2015. Facendo un passo indietro, già nel 2010, ancor prima della campagna “L’Italia sono anch’io” che prese avvio nel 2012, in occasione di un Convegno Congiunto SIMM - SIP veniva presentato quello che è stato denominato Decalogo di Chieti in riferimento a quali diritti, e quindi norme che li regolassero, ci fosse bisogno a favore dei minori stranieri (6): al primo punto, come assolutamente prioritario, un nuovo concetto di cittadinanza per un’Italia più inclusiva e meno discriminatoria nei confronti di chi nato in questo Paese intravedeva in esso l’unico contesto di vita e socializzazione (7). Da allora, l’iter della riforma della legge sui diritti di cittadinanza ha portato all’approvazione alla Camera, oramai da oltre un anno, del testo “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, e altre disposizioni in materia di cittadinanza”, che unisce il principio di *ius soli* a quello di *ius culturae* concedendo la cittadinanza ai bambini nati in Italia da stranieri titolari di carta di soggiorno e

a quelli che, nati o arrivati qui entro i 12 anni, hanno frequentato uno o più cicli scolastici per almeno cinque anni. Purtroppo, la riforma rimane bloccata al Senato e la sua votazione ancora una volta rinviata a data da destinarsi.

Quale accoglienza per i minori stranieri non accompagnati ...

Nel 2016, sono stati 25.846 mila i minori stranieri non accompagnati (MSNA) sbarcati sulle nostre coste, più del doppio rispetto al 2015. Considerando il numero totale dei minori sbarcati (accompagnati e non) si osserva come il peso relativo della componente di non accompagnati sia anch'esso andato crescendo nel tempo: nel 2014 essi costituivano il 49% del totale, nel 2015 il 75% (su 16.500) mentre nell'anno appena concluso sono il 92% dei 28.223 minori sbarcati, a testimonianza di una migrazione individuale prevalentemente di ragazzi ma anche di ragazze (93% vs 7%) originari soprattutto dal continente africano (Egitto, Gambia, Albania, Nigeria ed Eritrea). Parallelamente, ci sono voluti più di tre anni, per vedere finalmente approvata con larga maggioranza alla Camera una nuova legge (Legge 7 aprile 2017 - n. 47, Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati), la prima in Europa! Viene così delineato in un testo unico il sistema di protezione e accoglienza dei MSNA, in risposta a quanto è stato rilevato nel corso di questi ultimi anni come criticità del sistema stesso in riferimento ai diritti mancati finora in Italia per questi minori (accoglienza, tutela, scuola, formazione, salute, ecc.) (8). Di fatto cosa cambierà per la loro accoglienza? In prima istanza, si ribadisce l'assoluto divieto di respingimento alla frontiera dei MSNA che quindi non possono essere espulsi e devono essere collocati in un luogo sicuro, con un'attenzione particolare alla componente più vulnerabile rappresentata dagli irreperibili e dai minori in transito, a rischio di tratta e sfruttamento. A tal proposito, si predispone un sistema organico di raccordo tra strutture di prima e seconda accoglienza con l'obiettivo di provvedere all'accoglienza dei MSNA nell'ambito del Sistema per la Protezione di Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), indipendentemente dal fatto che siano richiedenti asilo. Ne dovrebbe conseguire una riduzione dei tempi di permanenza previsti all'interno dei centri di prima accoglienza (da 60 a 30 gg) e la presenza di strutture diffuse su tutto il territorio nazionale. Inoltre, per garantire una tutela legale in quanto minori, si prevede l'istituzione di elenchi di tutori volontari su tutto il territorio nazionale e la promozione dell'affido familiare. Mentre, per gli operatori sanitari, si segnala l'adozione delle procedure per la determinazione e accertamento dell'età, al fine di armonizzare l'approccio ed evitare accertamenti diagnostici invasivi, oltre che inutili, a vantaggio di una valutazione globale multidisciplinare. Infine, la legge prevede di attivare una banca dati nazionale dove confluisce la "cartella sociale" del minore, che lo accompagnerà durante il suo percorso e di garantire maggiori tutele per il diritto all'istruzione e alla salute, nonché per i diritti del minore durante i procedimenti amministrativi e giudiziari.

Nello specifico, si rende non più procrastinabile la messa in atto a livello territoriale del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori

non accompagnati” (2014), a cura del Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi sanitari” del Coordinamento Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016, che fornisce indicazioni chiare, fattibili e condivise per la valutazione dell’età dei MSNA. In linea con l’ampia letteratura sia scientifica che giurisprudenziale disponibile sull’argomento, si definisce che la determinazione dell’età di un presunto minore debba essere disposta solo quando ci sia fondato dubbio su quanto dichiarato e dopo l’esecuzione delle altre possibili pratiche d’identificazione (i.e. l’esame della documentazione anagrafica o richiesta di questa alle Autorità del Paese di provenienza ...). Inoltre, tale procedura dovrebbe essere affidata a esperti del settore (pediatra, neuropsichiatra infantile/psicologo, mediatore culturale, assistente sociale) con un approccio olistico multidisciplinare nell’ambito del quale il ricorso alle indagini diagnostiche, in particolare radiologiche, rappresenti l’extrema ratio. In questo contesto il minore, tutelato da apposite figure di sostegno, dovrebbe non solo essere reso edotto del percorso che gli viene proposto, ma anche avere facoltà di opporsi o di contestarne, nelle opportune sedi, il risultato. Purtroppo, nei diversi ambiti di accoglienza, la prassi attuale evidenzia, prima di ogni altra valutazione sociale e clinica, un eccessivo e ingiustificato ricorso ad accertamenti strumentali - in particolar modo radiologici, quale la radiografia del polso e mano sinistra. Quest’ultima è spesso richiesta dall’autorità giudiziaria e/o di polizia, in evidente violazione dell’articolo 13 del codice di deontologia medica: “la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico”. In una lettera, a firma congiunta SIMM-SIP, indirizzata alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri si sottolinea, in aggiunta a quanto sopra riportato, che il referto relativo alla valutazione della presunta età di un soggetto da parte del team di esperti, debba sempre riportare il margine di errore (+ o - x anni). Se il range indicato dovesse ricadere, anche solo in parte, sotto ai 18 anni dovrebbe essere dato il beneficio del dubbio, riconoscendo di conseguenza il soggetto come minore.

Conclusioni

La particolare vulnerabilità dei minori migranti, dovuta a fragilità sociale e accoglienza inadeguata, insieme all’incremento delle migrazioni forzate e del numero di MSNA, impongono un approccio multidimensionale sempre più diffuso. Tra gli obiettivi futuri, si auspica di implementare le attività di ricerca e raccolta dati sul profilo di salute dei minori stranieri in Italia al fine di fornire, nell’immediato, risposte per il loro benessere fisico-psichico e sociale, e quindi pianificare, nel tempo, le politiche socio-sanitarie. Inoltre, fondamentali risultano le azioni di advocacy, attraverso un lavoro di rete su tutto il territorio nazionale e le numerose collaborazioni con Istituzioni, società scientifiche, associazioni di volontariato coinvolte a vario titolo per la promozione e tutela della salute dei minori stranieri, che hanno permesso finora il superamento delle “distanze” e lo scambio di buone prassi.

BIBLIOGRAFIA

1. Da Riol RM, Sereni F. Il Bambino Migrante: Interventi alla Tavola Rotonda. Prospettive in Pediatria 2015; 45/180: 315-332.
2. Trillò ME. La salute dei bambini e delle bambine in Italia. Per una nuova pediatria. Il punto di vista e le proposte dell'ACP guardate al caleidoscopio dell'immigrazione. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2014.
3. 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-Sanità, Feb-2014.
4. Da Riol RM. Nuove indicazioni per l'accoglienza sanitaria del minore migrante. Pediatria, 2014; 4(11).
5. Colombo E. La cittadinanza alla prova dei figli dei migranti. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2014.
6. Geraci S, Mazzetti M. Buone leggi fanno buona salute. Il Mondo Domani, Unicef 2010; 30: 8-9.
7. Giovanetti M, Nicotra V. Da residenti a cittadini Roma: Cittalia -Fondazione Studi e Ricerche Anci; 2012.
8. La Placa S. Accoglienza dei minori stranieri non accompagnati: una nuova legge. Pediatria Magazine 2017; 7(3).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno