

Il bambino immigrato: aspetti dermatologici

Aldo Morrone

Introduzione

Nel nostro paese solo da pochi anni si comincia ad affrontare la questione dell'immigrazione di seconda generazione che interessa i bambini e gli adolescenti. In altri paesi europei essa è ben conosciuta e non a caso viene indicata dalla letteratura internazionale, come sia spesso proprio la seconda generazione di immigrati quella più a rischio di sofferenza sanitaria, psichica e sociale.

I medici, gli specialisti, in particolare i pediatri e i dermatologi, insieme a tutti gli altri operatori socio-sanitari si trovano dunque di fronte ad una doppia dinamica - sincretismo culturale e profonda modificazione dello sviluppo psico-fisico, rispetto al Paese di provenienza, che il bambino innesca e testimonia al tempo stesso. Quest'aspetto non è secondario ai fini di una medicina che vede allargarsi sempre più il suo campo di indagine fino a comprendere problemi medici, culturali e psicologici legati allo sviluppo e al disagio adolescenziale, in una terra straniera. Tanto più che, durante l'adolescenza, proprio l'aderenza o meno ad un'immagine corporea condivisa culturalmente è un fattore che contribuisce al fissarsi dell'identità. È sempre più indispensabile costruire uno spazio aperto, dove i nostri bambini e quelli degli immigrati siano ugualmente protagonisti.

Bambini stranieri?

Nell'archivio del Ministero dell'Interno sui soggiornanti stranieri al 31 dicembre 2001 risultano solo 70.291 minori stranieri, meno di un quarto della presenza effettiva. Questo avviene perché i permessi di soggiorno vengono rilasciati individualmente ai minori (solitamente inseriti nel permesso di uno dei genitori) solo in determinati casi: ingresso da soli per ricongiungimento familiare, motivi di studio, di lavoro (se hanno già compiuto i 14 anni di età), di asilo (se non accompagnati), di turismo e di salute, come anche in caso di adozione o di affidamento. Le cifre ufficiali fotografano solo la punta di un iceberg molto più ampio.

La popolazione immigrata adulta è raddoppiata nel corso di dieci anni, mentre per i bambini il raddoppio è avvenuto in appena quattro anni: sono infatti passati da 126.000 alla fine del 1996 a 278.000 alla fine del 2000. Tenendo conto dei nuovi nati (oltre 25.000) e dei ricongiungimenti, la soglia delle 300.000 presenze è stata ormai superata: questi bambini rappresentano ormai un quinto della popolazione immigrata.

Di solito si continua a definire questa popolazione infantile come immigrata, dimenticando che circa i due terzi di essa non è giunta in Italia, ma è nata qui da noi.

Anche il termine "Bambini immigrato" o "bambino straniero", è improprio, perché si tratta spesso di bambini nati in Italia, che parlano la nostra stessa lingua, hanno gli stessi gusti dei nostri bambini e tifano per la stessa squadra di calcio. Talvolta si distinguono solo per alcuni tratti somatici.

Le nascite tra la popolazione immigrata

Nel 2000 le nascite in Italia sono state 543.039 (di cui 25.916 stranieri) , pari a 0,9 per cento residenti e 1 ogni 100 residenti nel Sud e nelle isole. Le province con un tasso più alto di nascite sono Napoli con 1,3 per cento residenti, mentre a quota 1,2 si trova Caserta e a quota 1,1 diverse province, tutte del sud Salerno, Foggia, Bari, Crotone, Palermo, Agrigento, Caltanissetta e Catania). La natalità tra gli stranieri residenti ha un valore doppio (1,8 nascite ogni 100 residenti) e le differenze territoriali sono inversamente proporzionali a quanto riscontrato tra gli italiani: molto più alte nel Nord (2 nascite ogni 100 residenti stranieri), con un valore mediano nel Centro (1,5%) e pressoché uguale alla natalità tra gli italiani nel Meridione.

BAMBINI STRANIERI E FIGLI DI IMMIGRATI: UNA CHIAVE DI LETTURA

Una dimostrazione di come cultura e salute siano strettamente collegate e dell'importanza di un contributo multidisciplinare, è la constatazione di come proprio il bambino, il figlio dell'immigrato, sia un anello di congiunzione con il passato, garante dei valori tradizionali. Le aspettative degli adulti fanno sì che il bambino si trovi idealmente sospeso in un tempo che è quello della tradizione, degli antenati, e in uno spazio che è quello della grande casa familiare, una casa dai contorni allargati che arriva a comprendere al suo interno anche lo spazio, rimpianto e mitizzato, della terra d'origine. Simbolicamente spesso è "il figlio a essere importante, non il bambino" Intorno alla figura del figlio, alla sua presenza o assenza (è significativa anche la richiesta di interruzioni volontarie di gravidanza), ruota spesso tutto il processo di radicamento dell'immigrato nella terra che ha scelto, e che lo ha scelto, come seconda patria.

A rendere ulteriormente complessa questa situazione, concorrono altri due elementi: il primo è che per molti bambini, figli di immigrati, l'Italia è il loro paese, perché sono nati qui e non ne hanno mai conosciuti altri. Ma al tempo stesso non sono riconosciuti come "italiani" dalla società che li circonda, né sul piano dei diritti civili né su quello culturale: si trovano cioè nella difficile posizione di essere stranieri in casa loro, perché non hanno un'altra casa. L'altro elemento è determinato dal fatto che i bambini, e quindi non solo i genitori o le madri, si trovano, ora e, probabilmente, sempre di più nel futuro, in una difficile posizione di "interfaccia" tra due culture, che rischia spesso di schiacciarli: portatori di tradizioni culturali e familiari estranee a quelle locali, e pressati da richieste di integrazione che sono spesso in aperta contraddizione con il loro patrimonio tradizionale.

BAMBINI IMMIGRATI E DOMANDA DI SALUTE

Da alcuni anni, il pediatra, il dermatologo ed il medico di famiglia – nelle loro diverse funzioni di pediatra di base, di consultorio, di poliambulatorio od ospedaliero - si trovano sempre più frequentemente di fronte a bambini stranieri, alla loro famiglia, alla loro domanda di salute e alla richiesta di un intervento diagnostico-terapeutico. Spesso si tratta di pazienti con cui spesso è difficile comunicare e di cui il più delle volte è arduo comprendere le storie migratorie, complicate ed emotivamente coinvolgenti. D'altra parte, la cura e l'intervento preventivo costituiscono le attività preminenti di ogni azione socio-sanitaria ed occorre essere in grado di gestire, o quanto meno di mediare, ogni situazione che esuli dalla routine e raccogliere tutte le informazioni necessarie, in modo che ogni decisione sia meditata e consapevole.

I bambini stranieri possono essere suddivisi almeno in quattro gruppi:

1. I bambini immigrati adottati da famiglie italiane.
2. I figli di immigrati nati nei paesi in via di sviluppo.
3. I figli di immigrati nati in Italia.
4. I figli di coppie miste.
5. Bambini figli di nomadi
6. Bambini figli di richiedenti asilo politico

Per mettere a fuoco i problemi relativi alla salute e correlarli alle peculiarità socio-culturali, inevitabilmente presenti, sarà necessario ricostruire la storia di questi bambini e delle loro famiglie, qualora queste siano presenti.

Bambini immigrati adottati da famiglie italiane

I bambini stranieri adottati da italiani in gran parte provengono dall'America Latina, dall'Africa, dall'Europa dell'est e dal sud-est asiatico e hanno avuto una permanenza più o meno lunga nei

paesi d'origine. Se dopo l'abbandono sono stati assistiti in istituti per minori o da famiglie locali saranno a disposizione dati affidabili. Se invece provengono da esperienze di privazione e di abbandono prolungato i dati disponibili su età, crescita, vaccinazioni eseguite, anamnesi familiare e possibili patologie pregresse saranno scarse o nulle. Il più delle volte, questi bambini vengono sottoposti ad accertamenti specialistici e ad analisi di laboratorio a tappeto, sia per richiesta della famiglia adottante sia del pediatra curante, quasi a sopperire alla mancanza di informazioni anamnestiche.

Bambini nati nel paese d'origine

La presenza dei genitori e/o dei parenti permette di risalire a dati attendibili (vaccinazioni, crescita, esami, ricoveri). È necessario però tener presente che in Italia i genitori potrebbero essere stati soggetti a emarginazione, a precarie condizioni di vita e di lavoro. In grande maggioranza le famiglie vivono in case sovraffollate e malsane, quando non in centri di accoglienza; godono di un basso reddito, frutto spesso di lavoro mal retribuito, dal momento che i genitori solitamente svolgono mansioni di livello inferiore al titolo di studio posseduto. Le difficoltà economiche e le differenze linguistico-culturali limitano le opportunità di accesso ai servizi sanitari. Le famiglie tendono a utilizzare in modo non congruo le strutture ospedaliere; è frequente il ricorso al Pronto Soccorso per patologie di pertinenza ambulatoriale anche per normali controlli di salute. Questa situazione rappresenta una spia delle difficoltà di accesso alle altre strutture del Servizio sanitario nazionale. Il possibile stato di irregolarità in cui si trovano i genitori non in regola con il permesso di soggiorno è un ulteriore elemento da prendere in considerazione, sia nella ricostruzione dell'anamnesi sia nel valutare il frequente ricorso alle strutture sanitarie del volontariato. Nell'eziopatogenesi delle malattie di questi bambini e negli atteggiamenti dei loro familiari, assumono importanza rilevante i problemi psicologici causati dalla marginalità culturale e sociale, e soprattutto, dalle aspettative deluse del processo migratorio.

Bambini figli di immigrati nati in Italia

Si tratta di bambini con una storia ricostruibile. Contrariamente a quello che si potrebbe pensare, non presentano rare malattie esotiche, bensì patologie ereditarie, congenite o connatali, non diverse da quelle che si riscontrano nei bambini italiani.

Epidemiologicamente prevalgono nascita pretermine e presenza di basso peso per l'età gestazionale. Frequente, inoltre, la difficoltà nello sviluppo fisico e psicomotorio, dovuto presumibilmente, oltre che alle difficili condizioni di vita, ai differenti modelli di crescita non supportati dal loro ambiente d'origine.

Figli di coppie miste

Questi bambini, che a un'analisi superficiale potrebbero sembrare assimilabili ai loro coetanei italiani, a volte sono testimoni del possibile scontro etnico-culturale tra i genitori e le loro famiglie. Essi possono soffrire di isolamento. Alcune inchieste hanno rilevato come la richiesta di prestazioni sanitarie da parte delle famiglie e le patologie prevalenti non si discostino rispetto alla popolazione pediatrica generale.

Invece, al momento dell'inserimento scolastico, sia i figli di coppie miste che i figli di immigrati nati in Italia o all'estero possono presentare difficoltà psicologiche dovute all'evidente diversità culturale ed etnica e, purtroppo, anche alla discriminazione da parte dei compagni di scuola e degli insegnanti, a volte intimoriti dalla loro frequente impreparazione di fronte alle differenze culturali.

Bambini figli di nomadi

Risentono spesso delle cattive condizioni igienico-abitativi di molti campi nomadi. Vivono in condizioni di grande emarginazione. Spesso le campagne vaccinali non riescono a coprire tutti i bambini, anche per le difficoltà linguistico-culturali.

Bambini figli di richiedenti asilo politico

Si tratta spesso di bambini che vissuto gli orrori delle guerre e che sono stati costretti a scappare insieme ai loro genitori. Il più delle volte sono orfani di uno dei due genitori. Hanno bisogno di una grande attenzione psicologica ed affettiva

Differenze di colore?

I bambini immigrati sostanzialmente non presentano patologie differenti rispetto a quelle che si osservano nei bambini italiani, ad eccezione delle situazioni già descritte. A livello dermatologico si debbono sottolineare alcune tendenze morfologiche che caratterizza la pelle scura rispetto a quella più chiara, senza peraltro chiari segni di patologie diverse. Non ci sono malattie cutanee specifiche della pelle nera, quindi l'approccio è sostanzialmente lo stesso. Tuttavia, è evidente che il dermatologo e il pediatra, devono porre particolare attenzione al diverso modo in cui può apparire la stessa dermatosi, che si presenta in forma differente su cute bianca e su cute nera, oppure alla diversa reazione che lo stesso processo patologico può provocare sulla pelle nera. Infatti, molte reazioni cutanee su pelle scura possono essere accentuate o al contrario possono essere quasi inapparenti, così da rendere necessario un differente approccio diagnostico e terapeutico. Le differenze più significative si possono osservare nei diversi pattern di reazione che la cute scura offre in risposta ai diversi stimoli. Le basi anatomiche, biochimiche o genetiche per questi pattern di reazione a tutt'oggi non sono ancora completamente note. Questi pattern di reazione insoliti portano a manifestazioni cliniche che possono confondere il medico superficiale ma che aiutano invece il professionista attento. Si tratta di:

- * Lesioni prevalentemente papulose, anche in disturbi non di per sé papulosi
- * Accentuazione del pattern "follicolare"
- * Reazione fibroblastica più intensa
- * Particolare propensione verso l' "anularità"
- * Tendenza alla reazione ipercheratosica del follicolo pilosebaceo
- * Particolare tendenza alla lichenificazione .
- * Marcata tendenza agli esiti discromici

Altro elemento da tenere in attenta considerazione è la presenza di alterazioni pigmentarie fisiologiche della cute di colore

E' importante, quando si osserva e si studia la pelle scura, distinguere le manifestazioni fisiologiche dalle lesioni di natura patologica. Tra le prime, comunemente definite "nuances della pelle nera" possiamo osservare:

- * Linee di demarcazione pigmentaria
- * Pigmentazione ungueale
- * Macule melanotiche volari
- * Iperpigmentazione palmoplantare
- * Pits palmoplantari
- * Leucoedema
- * Pigmentazione orale

Esistono inoltre alcune patologie di più frequente riscontro sulla pelle scura, come la Dermatosi papulosa nigra, l'Infundibulofolliculite, la Papular eruption of blacks, l'Acne cheloidea della nuca, l'Alopecia da trazione, l'Alopecia hot comb, l'Alopecia da prodotti chimici e l'Acne da cosmetici. Si tratta di dermatosi che è bene conoscere per poter porre una corretta diagnosi etiologica.

Bibliografia essenziale

- Agenzia Romana per la Preparazione del Giubileo, Convegno Internazionale, *Dossier di ricerca: Migrazioni: scenari per il XXI secolo*, 2000
- Ben Jelloun T., *Les yeux baissés*, Edition du Seuil, 1991
- Caritas di Roma – Forum per l'Intercultura, *Migrazioni. Paesi e culture: esperienze europee a confronto*, Sinnos Editrice, Roma, 1998
- Caritas, *Immigrazione - Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma, 2002
- Castiglioni M., *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Cavalli-Sforza L, Cavalli-Sforza F. *Chi siamo. La storia della diversità umana*. Mondadori, Milano, 1994.
- Del Lago A., *Non persone. L'esclusione dei minori in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 2000
- Ferrarotti F., *Oltre il razzismo*, Armando Editore, Roma, 1988
- Mazzetti M: *Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica ed igiene mentale*. In: Geraci S (a cura di) Argomenti di Medicina delle Migrazioni. Peri Tecnes, (Parma). 1994.
- Morrone A., Mazzali M., (a cura di), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Morrone A., Mazzali M., Tumiatì M.C. (a cura di), *La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano*, Edizione Sensibili alle foglie, Roma, 2000
- Morrone A. Giannetti A Dermatologia internazionale per immagini. Grafiche Mazzucchelli, Milano, 2000.
- Morrone A. Dermatologia delle popolazioni mobili. SEU, Roma, 2001
- Trillò ME, Morrone A, Geraci S. Il bambino straniero e il pediatra. In: (a cura di) Morrone A. Salute e società multiculturale. Cortina, Milano, 1995. pp89-99.