

# IL BAMBINO NOMADE

## Percorsi socio-sanitari all'interno di un'Azienda Sanitaria

LAURA GASPARI, INES PINI

Funzione Salute Infanzia Azienda USL di Forlì

### THE GIPSY CHILD: COMMUNITY HEALTH APPROCHES (M&B 1, 41-43, 1997)

#### Key words

Gipsies, Ethnic minorities, Disadvantaged children, Community paediatrics, Community health

#### Summary

The experience of community child health services of a health authority in Emilia-Romagna in dealing with gipsy community and particularly with gipsy children is described. Abandonment of newborns in hospital after delivery and low immunization coverage at entrance in school were the two main problems encountered and at the same time represented the "entry points" for an approach to the gipsy community. The child health programs for the gipsy community at present include a weekly visits to the gipsy camp for promotion of immunization, healthy behaviours and attendance to school, support to the new mothers and early discharge from hospital of the newborn, monitoring of growth and development, follow-up of health problems. To be effective, the interventions made by the health sector must involve school authorities and social services to discuss and identify strategies and interdisciplinary approaches to the community as well as to individual cases.

### La società zingara

Gli zingari sono un "popolo altro", vivono ai margini della nostra società in una condizione di povertà ed emarginazione, ma orgogliosi e gelosi della propria diversità; attraversano in questo momento una profonda crisi d'identità, divisi come sono tra il nomadismo sempre più difficile e il tentativo di inserirsi nella nostra società. La stessa collocazione spaziale dei campi nomadi sul territorio cittadino indica una condizione di segregazione totale nei loro confronti.

Le precarie condizioni economiche, sociali, abitative in cui vivono hanno effetti importanti sul loro stato di salute, che è precario.

### Percezione del bisogno di salute degli zingari

A fronte di questo precario stato di salute però gli zingari non si curano; non sono, nella maggior parte dei casi, nelle condizioni di poter soddisfare i loro bisogni sanitari; non hanno la percezione di alcune patologie, anche croniche; non hanno a disposizione regole alternative alla medicina occidentale per curare le malattie.

L'accessibilità del servizio sanitario nazionale è per loro molto bassa, e inoltre dall'incontro con il servizio sanitario non ne deriva il più delle volte una corretta presa in carico del loro problema: esiste uno scarto tra ciò che lo zingaro percepisce come bisogno di salute e la risposta precodificata dei servizi.

È quindi necessario che i servizi rimodellino il loro intervento per inserire

anche questi bisogni percepiti ed espressi, mettendo al centro del proprio intervento il "vero" soggetto di cura, rimuovendo le proprie rigidità culturali e strutturali.

### Fase iniziale dell'intervento della Pediatria di Comunità sul gruppo nomade

La Funzione Salute Infanzia - Pediatria di Comunità dell'AZ USL di Forlì si è interessata, fin dal '90, ai problemi di salute dei bambini nomadi presenti sul proprio territorio.

Attualmente 6 nuclei familiari legati tra di loro da vincoli di parentela provenienti dall'ex-Jugoslavia sostano provvisoriamente in un'area non attrezzata, messa a disposizione dalle autorità locali, in attesa della realizzazione di un campo nomade di sosta.

È stata posta come condizione necessaria alla sosta che i genitori dei bambini in età scolare si impegnino ad assolvere l'obbligo scolastico.

Il nostro intervento è quindi iniziato in occasione dell'inserimento a scuola dei bambini nomadi con la verifica del loro calendario vaccinale.

Si è cercato inizialmente di facilitare il più possibile il loro accesso al nostro servizio creando anche apposite fasce orarie, che sono state tuttavia scarsamente utilizzate. Verificato che in questo modo non si è mai riusciti a raggiungere tutta la popolazione infantile nomade, dal '94 abbiamo organizzato sedute vaccinali al campo, utilizzando un'autoambulanza messa a disposizione dalla nostra AUSL.

Su una popolazione infantile di 32 bambini presenti all'inizio del nostro intervento, 25 bambini avevano iniziato le vaccinazioni senza rispettare le dovute scadenze, 4 (tra 1 e 5 anni) non avevano mai eseguito nessuna vaccinazione obbligatoria, o per lo meno i genitori non erano in grado di documentare l'atto vaccinale. Gli unici 2 in regola (di 12 e 14 anni) erano quelli che avevano la più alta scolarizzazione, pertanto più "costretti" a rispettare i calendari vaccinali.

Sulla base di esperienze precedenti nostre e di altri, si è ritenuto opportuno iniziare a qualsiasi età la vaccinazione anti-epatite B; pertanto la fascia 0 - 18 anni è oggi tutta vaccinata.

Attualmente i 34 bambini presenti nel campo sono in regola con il calendario vaccinale, e inoltre siamo in grado di attivarci e collaborare con gli altri servizi del territorio di altre AUSL in caso di spostamenti prolungati dei nuclei da noi seguiti, al fine di completare il calendario vaccinale anche in altre sedi.

Tre infatti sono i principali ostacoli che si incontrano nell'eseguire una corretta immunizzazione del bambino nomade:

□ la mobilità della popolazione impedisce spesso di controllare in un unico luogo la completezza del calendario vaccinale;

□ la concezione di salute dei nomadi è diversa dalla nostra, ed è difficile spiegare che con le vaccinazioni verranno evitate malattie in futuro; più spesso la motivazione per vaccinare i bambini è l'inserimento scolastico, oppure un atto di fiducia nei confronti della persona che con autorevolezza fa la proposta, avendo precedentemente creato un rapporto di presa in carico sociale;

□ il rapporto tra i nomadi e i servizi va facilitato mettendo a punto modalità adeguate di accoglienza utilizzando operatori opportunamente formati; presso la nostra AUSL già dal '91 è stato elaborato un protocollo di intesa con il Servizio Sociale, il Servizio di Igiene Pubblica, il Servizio Medicina di base, la Funzione Salute Donna e la Funzione Salute Infanzia. Sulla base dell'esperienza maturata in quest'ultimi anni riteniamo che tale protocollo debba essere aggiornato con alcune modifiche.

La presenza sul nostro territorio del gruppo nomade ha permesso un percorso di collaborazione tra il nostro Servizio, il Servizio Sociale e la scuola; in particolare una Direzione Didattica si è dimostrata sensibile e in grado di accogliere i bambini nomadi, affrontando e

cercando di dare risposta a tutte le difficoltà che il loro inserimento scolastico comporta.

Dato che la condizione del bambino nomade si caratterizza per la tendenza all'isolamento sociale e culturale (che costituiscono un importante motivo del loro insuccesso scolastico), ci si deve impegnare a promuovere, in collaborazione con gli insegnanti, un'accettabile integrazione con i coetanei, favorendo esperienze di confronto interculturale.

Tuttavia la povertà di apprendimento e il conseguente scarso successo scolastico sono spesso secondari anche alla non padronanza linguistica, dovuta alla scarsa strutturazione di competenze nell'età cruciale dei 2-6 anni; pertanto il nostro intervento non può non prendere in considerazione anche la promozione dell'inserimento nella scuola materna dei bambini di questa fascia di età. Si è potuto verificare che l'impegno da parte dei genitori per la frequenza della scuola elementare è più costante, in quanto essi ritengono importante, anche per il loro stile di vita, l'acquisizione della lettura, della scrittura, e del calcolo.

Attualmente 6 ragazzi hanno conseguito, pur con difficoltà, la licenza elementare, 4 sono iscritti alla scuola media con progetti che prevedono percorsi individualizzati, 1 è inserito in un progetto di formazione professionale finalizzato all'inserimento lavorativo, 1 nel frattempo si è sposato. Dei restanti bambini, 9 sono iscritti alla scuola elementare, e 5 alla scuola materna.

Più in generale, all'interno dell'Azienda USL, si sta organizzando l'apertura di uno spazio consultoriale per bambini e donne immigrate, a seguito di un percorso formativo organizzato dalla regione Emilia Romagna, che ha portato alla costituzione di una équipe multiprofessionale (Assistente Sociale, Assistente Sanitaria, Ostetrica, Pediatria, Ginecologia). All'interno della Pediatria di Comunità è stato ufficialmente istituito un piccolo team (Infermiera professionale e Pediatra) con il compito specifico di seguire le problematiche sanitarie dei bambini nomadi. È stato anche identificato un punto di erogazione per tali interventi presso cui i nomadi possono accedere liberamente oltre che per la prevenzione anche per le patologie acute.

### Valutazione dell'evento nascita

Dal 1990 sono nati a Forlì presso il reparto di Ostetricia della nostra Azien-

da 12 bambini nomadi.

Le mamme non hanno percepito il bisogno di una prevenzione in gravidanza, nonostante sia stata da parte nostra offerto attivamente l'accesso al Consultorio Familiare. Nell'imminenza del parto hanno scelto spontaneamente di partorire in ospedale, e volontariamente hanno richiesto di essere dimesse nella stessa giornata, lasciando "temporaneamente" il neonato presso la neonatologia in attesa per lo meno della "caduta del cordone ombelicale" (così come richiesto espressamente dai genitori).

Questa precoce separazione viene vissuta dalla madre apparentemente senza sensi di colpa, pur potendo nella maggioranza dei casi allattare; spesso queste richieste di dimissione precoce non vengono considerate un abbandono, ma piuttosto necessarie per potersi prendere cura nel campo degli altri figli piccoli; in alcuni casi le mamme continuavano ad allattare al campo un figlio nato da una precedente e recente gravidanza.

È chiaro che la struttura ospedaliera, se da una parte può rappresentare per l'evento nascita un luogo che dà "sicurezza" sia alla madre sia al nuovo nato, dall'altra, per la sua organizzazione, per la scarsa possibilità di poter instaurare una comunicazione adeguata con il personale medico e paramedico, e infine per la presenza di pregiudizi verso la popolazione nomade, non può far altro che favorire questa precoce dimissione della madre.

Dei 12 neonati nessuno è stato dimesso in 4° giornata, ma tutti hanno trascorso in ospedale un periodo compreso tra gli 8 e i 40 giorni, in uno stato di semi-abbandono senza una figura di riferimento ben preciso; questi neonati sono stati allattati artificialmente, e, nei pochi casi in cui la madre si è resa disponibile, è stato fatto un allattamento misto.

Inoltre, data la difficoltà e anche la non volontà da parte della madre di accedere alle strutture ospedaliere, anche i brevi contatti non sono stati ricercati.

Per 9 dei 12 bambini presi in considerazione (8 femmine e 1 maschio), si è reso necessario, date le condizioni ambientali del campo, il collocamento presso una casa-famiglia in attesa di un successivo inserimento nella famiglia di origine; in questa struttura operano volontari che già da tempo si occupano dei problemi dei nomadi.

La separazione dalla madre è durata da un periodo minimo di 2 mesi a un massimo di 8.

È ovvio che il rientro dei bambini nella comunità nomade, anche se graduale, è stato problematico; pur essendo difficile valutare la relazione madre/bambino, il brusco cambiamento di abitudini concernenti l'alimentazione e le modalità di *maternage* hanno causato un difficile periodo di adattamento, che in alcuni casi si è prolungato per mesi; spesso c'è stata la richiesta di frequenti e prolungati ricoveri ospedalieri.

### **Interventi al campo nomadi**

L'esperienza maturata in questi anni ha messo sempre più in evidenza che il nostro intervento sulla popolazione nomade deve necessariamente prevedere interventi diretti al campo. Attualmente una assistente sanitaria vi si reca con periodicità settimanale o quindicinale con i seguenti obiettivi:

- follow up delle patologie riscontrate ambulatoriamente o durante un ricovero ospedaliero, verifica della compliance nella somministrazione dei farmaci, attivazione dell'eventuale intervento del pediatra;
- gestione delle vaccinazioni in collaborazione con il pediatra;
- fornire indicazioni al rispetto delle più elementari norme sia di igiene personale che degli alimenti;
- osservare e rilevare eventuali difficoltà nell'accudire i bambini, con particolare attenzione alla valutazione della relazione adulto/bambino all'interno delle dinamiche familiari;
- rafforzare la promozione alla frequenza scolastica.

Secondo la nostra esperienza l'intervento al campo nomadi deve essere strutturato e continuativo, in quanto costituisce il momento in cui, più liberamente che nell'ambulatorio, si riesce ad instaurare con le donne nomadi quel rapporto di fiducia necessario per affrontare problematiche legate non solo

alla salute del bambino, ma anche a quella delle donne stesse, con particolare riguardo alla gravidanza.

### **Organizzazione di percorsi socio-sanitari**

Per quanto concerne l'intervento del nostro settore riteniamo utile puntualizzare alcuni aspetti.

L'intervento volto a garantire le cure primarie ai bambini non può essere disgiunto da quello sociale, ma neppure essere legato completamente alle associazioni di volontariato; per questo è necessario operare avendo come obiettivo l'attivazione di una rete di interventi da parte di coloro che, con competenze diverse, si occupano di tale problematica.

Il lavoro interdisciplinare all'interno dell'équipe dello spazio consultoriale rappresenta una risposta all'esigenza di programmare interventi globali e unitari. Tuttavia riteniamo indispensabile attivarci per mettere in rete anche gli altri servizi dell'Azienda che possono intergere con i nomadi. È necessario un lavoro di équipe (tra chi ha funzioni di coordinamento al campo, insieme agli educatori e agli operatori sociosanitari) ma soprattutto è necessario garantire una continuità coordinata di interventi che spesso manca, e la cui assenza non permette di raggiungere risultati positivi.

L'intervento nell'area delle cure primarie dovrebbe essere svolto principalmente dal pediatra di base, ma spesso questa figura è inaccessibile perché per usufruirne occorre essere iscritti al S.S.N. e conoscere le regole e le consuetudini che regolano il rapporto: nessuno dei componenti il gruppo nomade da noi seguito è in possesso di questi requisiti.

Per questa ragione abbiamo ritenuto indispensabile programmare gli accessi periodici al campo, sia da parte degli operatori della Pediatria di Comunità che del Servizio Sociale, con i seguenti

obiettivi:

- eseguire bilanci di salute ai bambini presenti al campo, oltre che interventi in occasione di eventi patologici; programmare interventi vaccinali con l'offerta attiva di vaccinazioni facoltative e non. In assenza di questi interventi il ricovero ospedaliero urgente per malattia, infornio, o maternità rappresenta l'unica prestazione sanitaria di cui sia garantita la fruizione. Per i bambini, spesso, sono i genitori a insistere per il ricovero anche per malattie lievi ma difficilmente gestibili al campo; in questo caso accettano anche il disagio di farmarsi per qualche giorno in ospedale;
- essere di sostegno alla mamma nomade, e accogliere precocemente al campo i nuovi nati, evitando così il semi-abbandono protratto del neonato presso l'ospedale o altre strutture protette. Anche la semplice fornitura di prodotti dietetici per la prima infanzia può evitare i frequenti e prolungati ricoveri ospedalieri di questi lattanti;
- strutturare la possibilità per gli operatori dei servizi di svolgere interventi continuativi e coordinati all'interno del campo, impegnandosi ad instaurare con le donne nomadi un rapporto di fiducia, ponendosi come tramite e favorendo così anche il loro accesso ai servizi che si occupano della salute delle donne;
- collaborare con il Servizio Sociale e la scuola per favorire l'inserimento scolastico dei bambini.

Infine, per promuovere politiche organiche di intervento attivo da parte degli enti locali a favore dei cittadini nomadi, è necessaria la costituzione di un tavolo interistituzionale, che veda la partecipazione di operatori referenti per l'Azienda USL (Funzione Salute Infanzia, Funzione Salute Donna, Servizio di Medicina di Base, Servizi Sociali, Divisione di Pediatria, Divisione di Ostetricia, Pronto Soccorso), rappresentanti del Comune, della Provincia, della Questura e del Provveditorato agli Studi.