

Quanti anni hai? Il pediatra e il minore straniero non accompagnato



Benedetta Mainetti, Antonella Liverani, Fabio Capello, Enrico Valletta

UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL Romagna, Forlì

La determinazione dell'età cronologica in un presunto minore straniero non accompagnato è un nuovo compito al quale la pediatria è chiamata in relazione al recente fenomeno della migrazione da Paesi extracomunitari. La valutazione deve tenere conto di variabili cliniche, psicologiche, etniche e ambientali, utilizzando strumenti che hanno insito un non trascurabile margine di errore. L'esito di questa valutazione può incidere significativamente sul destino personale e sociale dell'individuo e la decisione finale deve avere come obiettivo prevalente la tutela del (presunto) minore.

Age assessment in non-accompanied foreign minor is a new task for pediatricians emerging from the recent migration phenomenon from non-European countries. Age evaluation has a significant margin of error and must take in account different clinical, psychological, ethnical and environmental variables. The evaluation outcome can heavily influence the individual and social future of the individual and the final decision should be made with the prevalent aim of minor protection.

La realtà dei minori stranieri non accompagnati richiede, già nei primi interventi di assistenza umanitaria, il riconoscimento della loro identità ed età anagrafica. Di fronte a persone maggiorenti la disciplina dell'immigrazione può disporre, talora, il respingimento alla frontiera o l'espulsione, mentre più ampio è il ventaglio delle possibilità se ci muoviamo nell'ambito della minore età. La *Legge Mattarella* garantisce infatti particolare tutela ai minori vittime di tratta per i quali è previsto un programma di accoglienza psico-sociale, sanitaria e legale con percorsi che possono prolungarsi anche oltre il compimento della maggiore età [1]. Qualora non sia possibile accertare la reale età del soggetto, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, può disporre ulteriori approfondimenti socio-sanitari. Spetta alle strutture del Servizio Sanitario cercare di dare risposta al quesito, in vesti cliniche e di tutela dell'infanzia. Sono disponibili strumenti normativi che orientano le successive modalità operative: tra tutti, il Parere del Consiglio Superiore della Sanità del 25/02/2009, oltre alla già citata Legge n. 47/2017 [1,2]. In particolare è sottolineata l'esigenza di impostare un lavoro multidisciplinare con modalità che coinvolgano, intorno al tavolo, la competenza pediatrica e quella psicologica/neuropsichiatrica, l'area sociale e la mediazione culturale.

Ci addentriamo nell'ambito sanitario

Determinare l'età cronologica di "un minore non accompagnato", dal punto di vi-

sta auxologico, significa anzitutto valutare il grado di maturazione corporea, esaminando i dati antropometrici, lo sviluppo puberale, l'età scheletrica. In realtà, la stima certa dell'età è difficile perché influenzata da numerose variabili [3]. I dati antropometrici dovrebbero essere calcolati sui percentili della popolazione di appartenenza; anche in questo caso, tuttavia, possono risentire di fattori esterni, intervenuti nell'infanzia, che interferiscono sull'accrescimento, come la malnutrizione o le malattie croniche. Allo stesso modo, lo sviluppo puberale può variare non solo nelle diverse etnie, ma anche in coetanei appartenenti allo stesso gruppo, per un diverso grado di maturazione biologica individuale.

Non molto diversa è l'affidabilità della stima dell'età scheletrica considerando che lo scopo originale dei classici metodi di valutazione non è la determinazione dell'età cronologica, ma la valutazione della differenza tra età cronologica e biologica nelle diverse fasi dell'accrescimento (Box 1) [4].

Due sono gli aspetti indagati: il distretto mano-polso e la dentizione. La radiografia della mano sinistra viene refertata, nella maggioranza dei casi, secondo il metodo di Greulich-Pyle [5]. Il metodo si basa su radiografie di bambini e adolescenti nati a Cleveland (Ohio, USA) nel secolo scorso nel periodo tra le due guerre mondiali. È noto che, con l'evoluzione sociale, al crescere del benessere si verifica, oltre all'aumento staturale in generazioni successive, anche un anticipo puberale e della maturazione scheletrica (*secular trend*). È anche noto che popolazioni diverse differiscono non solo nel patrimonio genetico, ma anche nel contesto ambientale di vita e l'interazione gene-ambiente può avere imprevedibili effetti sul ritmo della maturazione biologica.

Un metodo più recente di valutazione dell'età ossea e che sembra presentare una minore variabilità rispetto a quello di Greulich-Pyle, è il cosiddetto Tanner-Whitehouse 3 (TW3) [6]. Lo stesso Consiglio Superiore di Sanità ha recentemente raccomandato l'utilizzo del TW3 nonostante ne siano riconosciuti alcuni limiti predittivi [7]. Il TW3 tenderebbe, infatti, a sovrastimare l'età scheletrica nei maschi prima dei 18 anni rendendo opportuna un'eventuale ortopantomografia per testimoniare lo stadio di eruzione dei molari. Sorge, tuttavia, il problema dell'utilizzo di radiazioni per rispondere a un quesito di natura giuridico-sociale. Gran Bretagna, Irlanda, Lettonia, Ungheria, Slovenia, Grecia hanno ritenuto non deontologicamente corretto l'uso di radiazioni in questo contesto. L'Italia, riconoscendo i limiti di ogni singola metodica, ha deciso di adottare un inquadramento

BOX 1. Limiti di concordanza tra età biologica ed età cronologica

- L'età biologica non consente di stabilire con certezza quella cronologica.
- Il metodo di Greulich-Pyle è tarato su adolescenti anglosassoni della metà del secolo scorso e, pertanto, è scarsamente attendibile per la valutazione dell'età cronologica dei giovani migranti provenienti da Asia e Africa.
- Il processo evolutivo della maturità scheletrica varia in ragione sia del patrimonio genetico individuale che delle condizioni ambientali.
- L'imprecisione nella valutazione del referto radiologico può incidere sulle conclusioni, sia in relazione alla qualità del referto radiografico che all'esperienza dell'operatore.
- Il referto radiologico deve tenere conto della "variabilità biologica", di un intervallo cioè di ± 2 anni rispetto all'età stimata, dato che deve essere sempre riportato nel referto stesso.

multidisciplinare, nel rispetto della persona e della sua cultura.

Come ci si muove, nella realtà

Dovendo rispondere all'esigenza dell'Autorità Giudiziaria di definire, in via presuntiva, se la persona che abbiamo di fronte è un minore o un adulto (questo potrebbe cambiare radicalmente il suo percorso di accoglienza) ci siamo organizzati per effettuare la valutazione in maniera multidisciplinare con il contributo di due pediatri (di genere diverso, una con competenze auxo-endocrinologiche e uno con prolungata esperienza di cooperazione internazionale) e di una psicologa-psicoterapeuta clinica dell'età evolutiva. Sempre, naturalmente, con la collaborazione di un mediatore culturale.

Il lavoro dei pediatri (Box 2). Dopo avere spiegato il motivo dell'incontro e avere ottenuto il consenso alla valutazione, partendo dalla data di nascita dichiarata, cerchiamo di ottenere un'anamnesi personale e familiare allargata, con attenzione a cure ricevute, stati di malnutrizione, malattie infettive o croniche. Segue un esame obiettivo completo e si indaga sull'eventuale presenza di esiti traumatici. Statura e peso sono riportati sui percentili del Paese di origine, se disponibili e lo stadio puberale è valutato secondo il classico metodo di Tanner. È importante la presenza sia della pediatra donna che del pediatra uomo, per dimostrare rispetto della cultura e della religione della persona. Concludiamo la visita con la lettura dell'età ossea (abbiamo maggiore esperienza con il metodo di Greulich-Pyle) che per le donne è preceduta dal test di gravidanza con intento radioprotettivo.

Il lavoro della psicologa (Box 3). La valutazione psicologica, non essendo a oggi disponibili test standardizzati per valutare il livello di maturazione del presunto minore straniero, viene impostata con un colloquio clinico e un'intervista semi-strutturata. Le dimensioni indagate si circoscrivono all'area affettiva, sociale, cognitiva e identitaria. Riguardano la storia personale, la raccolta di informazioni sul nucleo familiare, la narrazione del percorso migratorio, eventi traumatici, aspetti progettuali personali e professionali. Dall'ascolto dei contenuti emersi e dall'osservazione, possiamo delineare i livelli di capacità cognitiva, di pensiero critico e di progettualità futura che, a loro volta, possono indicare i processi di maturazione in corso e lo sviluppo psichico raggiunto.

Gli elementi così raccolti concorreranno alla valutazione finale e alla formulazione di un giudizio orientativo condiviso. La

BOX 2. Elementi per la valutazione pediatrica

- Informazione sul percorso di valutazione e raccolta del consenso.
- Raccolta dell'anamnesi clinica.
- Valutazione dei caratteri morfo-antropometrici generali: statura, peso, sviluppo corporeo complessivo, grado di maturazione sessuale, studio radiologico della maturazione scheletrica.
- Integrazione del quadro clinico con aspetti ambientali e culturali propri del contesto di appartenenza.

BOX 3. La valutazione psicologica

- Accoglienza e verifica della corretta comprensione del percorso di valutazione.
- Osservazione dell'assetto valutativo e delle dinamiche relazionali.
- Colloquio clinico con intervista semistrutturata (area affettiva, sociale, cognitiva, identitaria, grado di coerenza, consapevolezza, funzioni autoriflessive e di progettualità).
- Ascolto attivo.
- Osservazione degli elementi non verbali (postura, mimica, sguardo, tono e timbro della voce, interattività e disponibilità al colloquio, grado di partecipazione, immediatezza, evasività).
- Valutazione dell'idoneità generica: la giusta comprensione delle domande e la capacità di ricordare ed esprimersi verbalmente.
- Valutazione dell'idoneità specifica: l'eventuale presenza di fattori suggestivi esterni che possono avere influenzato quanto dichiarato.
- Valutazione dello stato emotivo, della vulnerabilità e dei possibili traumi vissuti.
- Indagine degli attuali aspetti sintomatici in area psichica.
- Considerazioni sul quadro clinico, anche in relazione agli aspetti ambientali e culturali del contesto di appartenenza.

definizione dell'età presunta terrà conto dell'inevitabile margine di errore e, in caso di dubbio, propenderà verso la minore età.

La storia di A.B.

Maschio, proviene dal Pakistan e dichiara un'età di 17 anni. Appare riservato, diffidente. È di religione musulmana. La mediatrice culturale è donna, e questo non aiuta. Viene rassicurato dalla presenza del pediatra uomo, che conduce la visita. Non riferisce patologie di rilievo. È un ragazzo forte, con adeguato sviluppo muscolare e nessun segno di malnutrizione. Lo sviluppo puberale è completo, ma non presenta barba. La lettura dell'età ossea indica un'età di 18 anni con un margine di errore di circa un anno. Il ragazzo, aiutato dalla mediatrice culturale, racconta la propria storia. Proviene da una famiglia numerosa, con molti fratelli, da un villaggio al confine con l'Afghanistan. Lascia il Pakistan per non essere ucciso come il padre. Frequentava la scuola coranica, ma solo saltuariamente per paura dei bombardamenti. Inizia a raccontare del viaggio, dapprima in macchina, poi a piedi, in treno, a volte nel deserto, a volte nelle foreste, accompagnato da suoi conterranei che lo rassicurano sulla meta, a lui non nota. Viene catturato dalla polizia tedesca al confine con la Danimarca. In Germania ha molta paura, è solo, piange spesso. Riferisce di non avere commesso alcun reato, ma a un certo punto viene espulso e non ne conosce il motivo. Non viene sottoposto a esami. In Italia è più sereno. È sempre solo, non sente la famiglia, non sa se gli altri sono

ancora vivi. Vorrebbe trovare un lavoro, gli piacerebbe fare il meccanico.

Ecco, A.B. ci parla del "viaggio", un viaggio che assume una dimensione epica. Parte dal dolore, dall'angoscia di morte, avviene in compagnia di sconosciuti e della paura, fino ad approdare a mondi lontani, con un'altra cultura, dove tutto risulta incomprensibile. A noi sembra il viaggio di un patriarca, non di un giovane adulto. La psicologa è attenta ai passaggi essenziali, al suo grado di maturità nell'affrontare e nel riportare i fatti, al modo di esprimere le emozioni. Concordiamo per un'età anagrafica di 18 anni e questo, in virtù del beneficio del dubbio che gli viene accordato, gli consentirà di essere trattato come un minore [8,9].

La storia di C.D.

Femmina, proviene dalla Nigeria e per lei risultano due date di nascita, una che depone per i 19 anni, l'altra per i 25 anni di età. È collaborante, sembra molto giovane e immatura. Riferisce, per confronto, una statura dei familiari maggiore di 160 cm; non sembra quindi appartenere a un'etnia caratterizzata da statura particolarmente bassa. Ricorda episodi di malaria nell'infanzia. È alta 150 cm, pesa 48 kg, è di costituzione minuta, ma con buon tono muscolare. Sul corpo non sono presenti segni particolari. Lo sviluppo puberale è completo. Riferisce il menarca circa 3 anni prima. L'anno precedente è stata ricoverata in un reparto di Ostetricia a seguito di un aborto illegale, procurato da un "intruglio" datole dal suo ragazzo. La valu-

tazione dell'età ossea è di 17 anni con un margine di errore di circa 6 mesi. Alla psicologa racconta la sua storia. Abbandonata dalla madre all'età di 3 mesi, ha vissuto in un villaggio della Nigeria con la nonna fino alla sua morte. Poi è tornata a vivere con la madre che la maltrattava. Dopo essere stata accolta per un po' dalla zia, si sarebbe ritrovata sola sulla strada a vendere di giorno i sacchetti d'acqua, a dormire di notte nelle case in costruzione. Attratta da chi saliva sui pullman per raggiungere il Nord della Nigeria, un giorno si è avventurata, aiutata da una signora che le avrebbe pagato il biglietto. Ma poi dichiara di essersi trovata, in modo inconsapevole, dapprima in Libia, poi in Italia e di non averlo scelto lei. Riferisce che vorrebbe diventare un avvocato per difendere le persone abbandonate come lei. Il racconto ci sconvolge, ci parla di miseria, di maltrattamenti, di solitudine, di come inizia la tratta delle schiave. È con questo che ci stiamo confrontando. Al termine della valutazione concordiamo per un'età di 17 anni.

Quanti anni hai? Rispondere non è facile

La definizione dell'età anagrafica di un minore è argomento controverso, perché fortemente soggetta alla variabilità individuale [10-14]. Un organismo in crescita modifica se stesso seguendo una tabella di marcia scandita da un proprio orologio interno, ma anche dall'interazione con l'ambiente. Dal punto di vista statistico è possibile stabilire delle tappe cronologiche attorno alle quali si distribuisce, secondo una gaussiana, una popolazione ordinata di bambini della medesima età. Alcuni soggetti (le code della gaussiana) possono essere più avanti o più indietro dei propri coetanei in uno o più aree tra quelle che caratterizzano la crescita (l'altezza, lo sviluppo del linguaggio, le capacità cognitive, le capacità sociali, ecc.).

Tra i molti fattori che contribuiscono alla complessità del sistema, due meritano attenzione: *la variabilità spaziale*, che definiamo come le differenze tra luoghi geografici e *la variabilità temporale*, che definiamo come variazione della velocità di crescita o di apprendimento tra una generazione e l'altra. La variabilità spaziale definisce non solo il luogo geografico dove il bambino nasce o cresce, ma anche la sua eredità genetica e culturale che è legata all'etnia di appartenenza. Bambini nati nello stesso luogo possono ricevere stimoli differenti legati all'ambiente che li circonda, oppure possono seguire un percorso maturativo dettato dalle proprie caratteristiche genetiche ed etniche. Per quanto riguarda la variabilità temporale, è da at-

tendersi che ogni generazione viva in condizioni ambientali e culturali differenti dalla precedente. Questo può significare avere maggiori o minori risorse a disposizione che possono modificare la velocità di crescita fisica e cognitiva di un bambino. Il mutamento delle condizioni di vita che, nell'arco di tre generazioni, si è realizzato in Italia dal primo dopoguerra a oggi può realizzarsi, nei Paesi in via di sviluppo, con ritmi e modalità differenti nel corso anche di una sola generazione, o in casi estremi, nel giro di pochi anni. Questo è lo scenario nel quale oggi ci troviamo a operare quando parliamo di migrazioni e di minori.

In definitiva, l'attribuzione dell'età anagrafica deve tenere in conto non solo gli stadi di sviluppo (fisico, emotivo, psicologico), ma anche la storia personale di ciascun individuo. Tra i migranti ci sono ragazzi che hanno lasciato il proprio Paese quando erano ancora molto piccoli e che sono stati introdotti precocemente nella società del Paese di arrivo; altri, pur vivendo da anni all'estero, sono cresciuti in un ambiente culturale sovrapponibile a quello di origine; altri ancora sono stati catapultati nel giro di pochi mesi da una realtà rurale estrema a un mondo tecnologico e altamente industrializzato; altri, infine, provengono da famiglie con alto grado di istruzione e relativa agiatezza economica. Tutto questo (e molto altro) concorre a determinare le traiettorie dello sviluppo fisico e psicologico-cognitivo in ciascun individuo. La struttura sociale e culturale del Paese di origine può indurre una precoce "adulterizzazione" o, al contrario, precludere il corretto raggiungimento delle tappe evolutive nei tempi per noi abituali. La stessa differenza di genere può essere elemento critico evolutivo nel Paese di provenienza o rischio specifico nel corso della migrazione e nel Paese di destinazione. L'approfondimento della storia personale ci ha spesso aiutato a ricostruire una fotografia dinamica della persona che avevamo di fronte, a individuare i fattori interferenti con lo sviluppo psico-fisico e a fissare dei punti di riferimento temporali, sui quali tarare le abituali curve di crescita e gli strumenti di auxologia clinica a nostra disposizione.

Siamo chiamati non a curare ma a "classificare"

È chiaro che ci muoviamo in un territorio insolito, nel quale la nostra prestazione non sembra esserci richiesta per la cura della persona – obiettivo fondamentale della nostra professione – quanto per fini giuridico-sociali. Assumiamo cioè una diversa responsabilità nei confronti di questi

giovani: dall'esito dell'incontro potrebbe derivare per loro un nuovo destino sociale. E tuttavia dobbiamo riconoscere che il nostro operato rientra, in qualche misura, nel più ampio ambito della tutela del (presunto) minore, situazione che pur in contesti diversi (l'abuso per esempio) ci vede legittimi protagonisti.

È inevitabile riflettere su questo periodo storico, sull'emergenza che il nostro Paese deve affrontare sull'onda dei flussi migratori provenienti dall'Africa e dal Medio-Oriente. Umanamente riconosciamo di provare una forte emozione nell'incontro con questi ragazzi. All'inizio non parlano, tengono gli occhi bassi, le spalle curve. Turba questo loro mutismo, un silenzio che diventa "assordante", che comunica solitudine e annullamento della propria identità. Guidati dalla psicologa e con l'aiuto del mediatore culturale i ragazzi cominciano a fidarsi di noi e raccontano la loro storia dall'inizio: famiglie in villaggi sperduti, lontani anni luce dalla nostra cultura, storie di miseria, di maltrattamenti, di riti tribali. Poi comincia il viaggio, spesso allucinante. Di questo racconto verranno riportati nella nostra relazione solo i passaggi più significativi. Il nostro compito è circoscritto, non siamo investigatori e avvertiamo il rischio di tradire la fiducia che viene accordata al nostro ruolo e non vorremmo che quanto ci viene narrato e non è strettamente funzionale al nostro obiettivo potesse metterli in qualche difficoltà futura.

Una riflessione sulle donne: le ragazze, al contrario dei maschi, dichiarano un'età sicuramente maggiore, vogliono essere almeno ventenni. Perché? Sono ragazze vendute? Vendute dal padre, vendute da un altro familiare, da una donna del villaggio, comunque vendute alla "tratta", alla prostituzione? Anche ora, mentre noi le pensiamo in tutela ai nostri Servizi Sociali, ci fanno capire che sanno di non potere più tornare indietro. Sono controllate, hanno paura, e di "quello" ormai non parlano più, come se avessero congelato ogni emozione.

La visita è di breve durata e in poco tempo dobbiamo conoscere chi abbiamo di fronte, creare un clima di fiducia, completare la valutazione. Ma siamo di fronte alla storia della loro vita, per quanto breve sia, a un viaggio incredibile, e ci vuole tempo per ascoltarlo. Esiste poi il problema dello sviluppo puberale: i ragazzi appartengono a popolazioni per le quali non conosciamo l'abituale inizio della pubertà; il loro sviluppo osseo, l'accrescimento staturale, la maturazione puberale sono sicuramente diversi da quelli per noi abituali. La radiografia per l'età ossea è esa-

me da considerarsi comunque “invasivo”. Deve essere sempre richiesto il consenso e, per le donne, è necessario accertarsi non ci sia una gravidanza in corso. Nel dubbio di un'età superiore ai 18 anni, è opportuno valutare lo sviluppo della dentizione e quindi richiedere l'intervento di competenze odontostomatologiche. Infine, in ambito psicologico non disponiamo di strumenti psicometrici standardizzati e ci si orienta valutando la maturità affettiva, cognitiva e sociale. Tutto questo, in uno scenario dove traumi, violenze, perdite, mancata scolarizzazione potrebbero avere indotto un'adultizzazione precoce o avere lasciato segni di marcate carenze sul piano cognitivo.

Le criticità ancora aperte

Le criticità che emergono da questo nuovo compito per il pediatra sono molte e la letteratura sottolinea come l'accertamento dell'età non possa basarsi esclusivamente su indagini cliniche e strumentali, ma debba scaturire da una valutazione complessa nella quale tutti gli aspetti che caratterizzano l'individuo sono considerati e ponderati [8,9]. Se da un lato non esiste un metodo infallibile per assegnare un'età a un minore, dall'altro devono essere considerati i rischi a cui può essere esposto se gli viene attribuita un'età non corretta. La data di nascita dovrebbe essere quella dichiarata dal presunto minore, e in caso non sia in grado di riferirne una, si deve considerare l'età più bassa che emerga

dalle documentazioni disponibili o dagli accertamenti clinici [10,12]. In alcuni Paesi i minori di cui non è certa l'età vengono considerati maggiorenni sino a prova contraria mentre altrove, nel beneficio del dubbio, si preferisce trattare il ragazzo come minorenni. L'identificazione deve essere condotta con modalità rispettose dell'integrità fisica e della dignità dell'individuo, sempre avendo come obiettivo il suo massimo interesse e senza mai dimenticare il punto di vista del minore stesso [13-15]. E in questo senso le modalità operative adottate in Italia sembrano ispirarsi a questi principi di correttezza scientifica e di necessità della tutela psico-fisica dell'individuo.

✉ benedetta.mainetti@auslromagna.it

1. Legge 7 Aprile 2017 n. 47. Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. GU n. 93 del 21/04/2017.
2. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Parere della Sezione II del Consiglio Superiore di Sanità. Accertamento dell'età dei minori non accompagnati. Seduta del 25/02/2009.
3. Cameriere R, Ferrante L, Mirtella D, Cingolani L. La determinazione della età nei minori stranieri non accompagnati: elaborazione di una flow-chart valutativa e primi risultati della sua applicazione. Riv It Med Leg 2010;32:305-15.
4. Benso L, Milani S. Alcune considerazioni sull'uso forense dell'età biologica. 2014, www.asgi.it.

5. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. Stanford University Press, 1959².
6. Tanner JM, Healy M, Goldstein H, et al. Assessment of skeletal maturity and prediction of adult height (TW3 Method). WB Saunders, Harcourt Publishers Ltd, 2001³.
7. Savio G. I metodi di accertamento dell'età cronologica dei sedicenti minori stranieri tra giurisprudenza e prassi applicative. 2015, www.questionegiustizia.it.
8. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. 16/30/CR09/C7-C15, www.minori.gov.it.
9. Calacoci M, La Placa S. Commento al Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). Quaderni acp, Pagine Elettroniche 2018;25:d.1.
10. Separated Children in Europe Programme (SCEP). Position paper on age assessment in the context of separated children in Europe. www.scepnetwork.org.
11. Hammarberg T. Methods for assessing the age of migrant children must be improved. Council of Europe, 2011, www.coe.int.
12. European Migration Network. Unaccompanied Minors – an EU comparative study. 2010, www.ab.gov.tr.
13. UNHCR. L'accertamento dell'età nei minori stranieri non accompagnati e separati in Italia. 2014, www.unhcr.it.
14. European Asylum Support Office. EA-SO Practical Guide on age assessment. Second edition. EA-SO Practical Guides Series, 2018.
15. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 6 (2005): Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin. 2005, www.refworld.org/docid/42dd174b4.html.



Non fidiamoci della Kawasaki che si sfebbrà da sola

Uno dei capisaldi della diagnosi di malattia di Kawasaki (MK) è la febbre che persiste per almeno 5 giorni e questo, insieme ad altri elementi clinici e di laboratorio, ci consente di decidere il trattamento con le immunoglobuline endovena (IEV), possibilmente entro i 10 giorni dall'esordio. Le forme iperacute, quelle incomplete o quelle atipiche richiedono talora un maggiore grado di attenzione e, nella pratica, i tempi dell'intervento possono variare un poco in relazione all'espressività della malattia e all'indice di sospetto clinico. Può accadere anche che la febbre scompaia da sola prima del fatidico decimo giorno, lasciando il pediatra perplesso sulla diagnosi (soprattutto se la presentazione è atipica o incompleta) e indeciso sull'opportunità di avviare la terapia con IEV. Una ricerca taiwanese (Hu YC. Front Pediatr 2019;7:158) ha cercato di capire retrospettivamente quale fosse il rischio di aneurismi coronarici nei bambini con MK che non erano stati trattati con IEV, perché sfebbrati tra il quinto e il decimo giorno di malattia (sMK). Su 293 bambini con MK, la defervescenza spontanea si è avuta nel 12,6% dei casi e metà di questi aveva avuto una forma incompleta. A un mese dall'esordio della malattia, la frequenza degli aneurismi coronarici era significativamente più frequente nei bambini con sMK rispetto a quelli trattati con IEV (18,9% vs 5,1%, p=0,002). Nei bambini con sMK non trattati con IEV, l'età inferiore ad 1 anno (OR 24,6) e la conta leucocitaria superiore a 17.000 GB/mmc (OR 16,1) risultavano significativamente correlati al rischio di coronaropatia a un mese di malattia. In definitiva, il sospetto di MK e la decisione di intraprendere il trattamento con IEV non dovrebbero subire incertezze anche se interviene la defervescenza spontanea prima dei 10 giorni di malattia, soprattutto nei bambini di età inferiore a 1 anno. Un precedente lavoro (Takahashi T. Pediatr Rheumatol Online 2015;13:44) aveva già dimostrato che, in un gruppo di 968 bambini con KD, lo sfebbramento spontaneo entro il settimo giorno poteva verificarsi nel 7,3% dei casi e la decisione di non trattare per questo con IEV portava con sé un più elevato rischio di ricorrenza febbrile e di coronaropatia. Follow-up strettissimo, quindi, soprattutto per loro.

Enrico Valletta