

# Bambini, soprattutto: storia di bambini-migranti dei nostri giorni

DANTE FERRARA<sup>1,2</sup>, ANTONELLA GANGEMI<sup>2</sup>, LAURA MAGRO<sup>2</sup>, GIOVANNI MOCERI<sup>2</sup>, GIOVANNI CORSELLO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di famiglia, ASP 6 Palermo

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Palermo

*È un articolo illuminante. La protezione e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati deve partire dal presupposto che il bambino non è soltanto "oggetto di tutela e assistenza", ma anche e soprattutto "soggetto di diritto".*

## LA STORIA DI DESTINY E DELLA MAMMA MINORENNE

Intorno a mezzogiorno, in una calda mattina d'estate a Palermo, dalla Sala Parto chiamano in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) per un taglio cesareo d'emergenza in una gravida in coma eclamptico. Apprendiamo che la gestante è una minorenni di 16 anni di origine nigeriana appena trasferita tramite ambulanza del 118 dal Centro di prima accoglienza dove era ospitata, perché trovata priva di coscienza e con fissità dello sguardo. Non sappiamo altro della madre, niente della gravidanza, eccetto l'età gestazionale pari a 37+1 settimane. In soli 10 minuti i ginecologi estraggono un feto vivo, ma il neonato appare pallido, atonico, areflessico, con sforzo respiratorio assente e frequenza cardiaca di circa 80 battiti al minuto. Iniziamo quindi la ventilazione a pressione positiva tramite maschera facciale con graduale ripresa della frequenza cardiaca, del colorito cutaneo e del tono muscolare. Per l'assenza di sforzo respiratorio procediamo a intubazione orotracheale e trasferiamo il piccolo in TIN. Indice di Apgar 2 al 1° minuto, 6 al 5° e 8 al 10°. Peso 2740 g (32° centile), lunghezza 48 cm

(41° centile), circonferenza cranica 32 cm (11° centile).

Dal colloquio con gli operatori del Centro di accoglienza apprendiamo che la madre era sbarcata in Sicilia quattro mesi prima già in stato di gravidanza frutto di un abuso sessuale. Accertamenti effettuati all'arrivo avevano presunto che la gravidanza fosse databile alla 21<sup>a</sup> settimana gestazionale. Inoltre dagli esami ematici era emersa una positività per *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Treponema pallidum Haemoagglutination Assay* (TPHA) e per tale motivo era stata seguita presso l'UO di Malattie Infettive dove, posta diagnosi di sifilide latente, era stata prescritta terapia con benzatilpenicillina. Nei quattro mesi era stata valutata presso l'ambulatorio delle gravidanze a rischio con controlli nel range di normalità.

Il piccolo Destiny, chiamato così forse perché nato dal volere del destino piuttosto che da una gravidanza desiderata, accolto in TIN, è stato sottoposto a monitoraggio dei parametri vitali e profilassi antibiotica per i primi 5 giorni in considerazione dei fattori di rischio. Per il rapido miglioramento clinico è stato estubato dopo circa 24 ore di vita. Gli esami ematochimici e le col-

ture eseguite sono risultate nella norma. Negative sia nella madre che nel neonato anche le indagini eseguite per rivalutare il dato dell'infezione luetica. Gli esami strumentali (ecografia cerebrale, addominale, cardiaca ed ECG) sono risultati nella norma.

Il piccolo è stato alimentato per via parenterale per circa 72 ore; all'avvio della nutrizione enterale ha presentato difficoltà alimentari e diversi episodi di rigurgito, con progressivo miglioramento. Il calo ponderale è stato fisiologico con recupero del peso alla nascita in 13<sup>a</sup> giornata di vita. La madre, in seguito all'intervento di taglio cesareo, è stata sottoposta a TC cerebrale e addominale, risultate nella norma. È stata mantenuta in coma farmacologico per i primi tre giorni e dimessa con terapia anticoagulante e anti-ipertensiva. La dimissione del neonato è stata possibile in 20<sup>a</sup> giornata di degenza dopo diversi incontri tra la madre e il piccolo in presenza dell'assistente sociale, durante i quali è stato anche incoraggiato l'allattamento al seno con successo. In considerazione della condizione materna di minore straniera non accompagnata, il piccolo Destiny è stato affidato al personale di una Comunità predisposta all'accoglienza di mamma e bambino,



individuando in una psicologa, operante all'interno della stessa, il tutore legale. Madre e figlio sono stati inoltre affidati al Servizio Sociale Nomadi e Immigrati del comune di Palermo per il controllo e il sostegno di entrambi.

Durante il follow-up il piccolo ha presentato regolare accrescimento staturale e sviluppo neuroevolutivo nella norma. I controlli clinici sono stati accompagnati da una presa in carico globale del neonato e della madre da parte di un *team* multidisciplinare. La mamma, anche in relazione al progressivo miglioramento delle sue condizioni psicofisiche, ha manifestato la voglia di relazionarsi con altri soggetti, di imparare la lingua italiana e soprattutto di recuperare quella fiducia nel prossimo che le era stata crudelmente portata via su un barcone, ove era salita con un bagaglio fatto solo di speranze e di paure.

## IL FENOMENO DELL'IMMIGRAZIONE

Negli ultimi anni il fenomeno dell'immigrazione ha registrato grandi cambiamenti in termini di numero, provenienza e tipologia delle persone immigrate. Il nostro Paese ha visto sbarcare sulle proprie coste 181.436 migranti nel 2016, in aumento dunque rispetto agli arrivi del 2015 (153.842), con un *trend* che si conferma anche nei primi mesi del 2017<sup>1,2</sup>.

Approdi principali di chi affronta il viaggio per arrivare in Italia (e in Europa) sono i porti della Sicilia. La principale meta è stata Augusta, seguita da

Pozzallo, Catania, Messina e Palermo. L'Africa è il continente da cui si parte di più: la maggior parte arriva dalla Costa d'Avorio, dalla Guinea, dalla Nigeria, dal Gambia.

## I MINORI MIGRANTI

A modificarsi è anche la quota dei minori migranti, che sono aumentati dal 10,7% nel 2015 al 15,5% nel 2016. Contemporaneamente si è registrato un abbassamento della fascia di età, a cui ha probabilmente contribuito anche la diffusione delle notizie sul loro diritto in territorio europeo a non essere espulsi in quanto "minori" e alla possibilità di raggiungere eventuali familiari residenti in Paesi diversi dall'Italia<sup>3</sup>.

Oltre ai numeri, sta cambiando la tipologia del minore migrante, probabilmente anche per la situazione di crisi economica in Italia che scoraggia l'immigrazione di nuclei familiari in cerca di lavoro, mentre cresce la quota di adolescenti che giungono da noi in fuga da guerre, non accompagnati, figli di profughi e richiedenti asilo<sup>4</sup>.

## I MINORI NON ACCOMPAGNATI

È sempre più alto il numero di minori stranieri non accompagnati (MSNA), privi cioè di assistenza e/o rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti legalmente responsabili per loro<sup>5</sup>. I dati della Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione registrano un aumento sia

in numero assoluto che percentuale: **da 12.360 nel 2015 (75%), a un totale di 25.846 nel 2016 (91%)**<sup>6,7</sup>.

Al 31 gennaio 2017 i MSNA censiti sono 15.205, di cui il 93,2% di sesso maschile e il 6,8% di sesso femminile. La Sicilia è la Regione che accoglie la gran parte di questi minori (38,6%), seguita, a debita distanza, dalla Calabria che ne accoglie solo il 7,3%. La distribuzione per fasce di età include il 60% di 17enni, il 23,9% di 16enni, il 9,0% di 15enni, il 6,9% con un'età compresa tra 7 e 14 anni, lo 0,2% tra 0 e 6 anni.

Per i più piccoli si tratta, molto spesso, di tragedie familiari relative alla perdita, avvenuta durante la traversata in mare, di uno o di entrambi i genitori. La ripartizione per cittadinanza mostra che il 15,8% proviene dall'Egitto, il 13,4% dal Gambia, il 10,5% dall'Albania, l'8,5% dalla Nigeria, il 6,2% dall'Eritrea. Considerate congiuntamente, queste cinque cittadinanze rappresentano più della metà dei MSNA presenti (54,5%)<sup>8</sup>.

Si nota inoltre una differente distribuzione nelle Regioni italiane in base alla provenienza: i minori africani subsahariani risultano presenti prevalentemente in Sicilia, gli afgani e pakistani sono concentrati in Friuli-Venezia Giulia, gli egiziani nel Lazio, gli albanesi in Emilia Romagna e Toscana<sup>9</sup>.

Analizzando i dati forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la maggior parte delle *ragazze* MSNA si colloca nella fascia di età compresa tra i 16 e i 17 anni (73,6%), con una significativa prevalenza delle 17enni (47,8%) per poi decrescere progressivamente. Sebbene costituiscano solo una piccola parte dei MSNA, i minori di sesso femminile sono in evidente incremento, guadagnando due punti percentuali rispetto alla quota totale in



un anno (4,6% a dicembre 2015 vs 6,7% a dicembre 2016) e raddoppiando il numero complessivo delle presenze (550 a dicembre 2015 vs 1165 a dicembre 2016). Provengono soprattutto dalla Nigeria (46,6%), a rischio di tratta e sfruttamento, e in alcuni casi le violenze subite esitano in gravidanze indesiderate. Inoltre, dalla ripartizione delle minori per Regione di accoglienza, la principale sede risulta essere la Sicilia (51,9%), seguita da Puglia e Calabria (6,8% e 6,7% rispettivamente)<sup>10</sup>. In realtà il dramma dei minori stranieri non accompagnati, particolarmente vulnerabili, sembra essere sottostimato, in quanto spesso la loro identità si perde tra i Centri di "accoglienza". I minori irreperibili sarebbero più di 6000, soprattutto adolescenti che evadono dai Centri e fuggono in altri Paesi europei, spesso per riunirsi a familiari e amici, senza lasciare alcuna traccia.

## UNA PRESA IN CARICO GLOBALE

Quella dei MSNA è una vera e propria emergenza che necessita di una presa in carico globale e multidisciplinare, nella cui gestione il ruolo cruciale del pediatra deve essere affiancato da psicologi, assistenti sociali, tutori legali e mediatori culturali.

Anche la Società Italiana di Pediatria, con il suo Gruppo di Studio del Bambino Migrante e le altre Associazioni interessate, ha seguito attentamente l'evoluzione di questo fenomeno, proponendo le "Nuove Indicazioni per l'Accoglienza Sanitaria del Bambino Migrante", che prevedono una strutturazione in diversi livelli di intervento da adattare a ognuna delle diverse tipologie e, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, al singolo bambino<sup>11</sup>.

Come stabilito nel 2011 nel Consiglio d'Europa, **un bambino è prima di tutto e soprattutto solo un bambino, poi anche un migrante**. E in quanto bambino vanno difesi i suoi diritti, inalienabili, primo fra tutti il diritto alla vita e alla salute<sup>12</sup>.

In Italia, grazie all'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 2012, tutti i bambini stranieri, indipen-



dentemente dalla storia migratoria e dalla condizione giuridica dei genitori, possono essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale così da poter essere seguiti dal pediatra di famiglia<sup>13</sup>. Questo diritto, dal 18 marzo del 2017, con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, è ancor più rafforzato grazie all'inserimento nei "nuovissimi" livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>14</sup>.

Il pediatra dovrà affrontare patologie contratte nei Paesi di origine in bambini provati dalle dure condizioni di viaggio, con traumi fisici (ustioni, ipotermia, colpi di calore o assideramento, disidratazione, malnutrizione, dermatiti), infezioni respiratorie e gastrointestinali, stati carenziali, senza dimenticare gli altrettanto gravi, anche se meno evidenti, turbamenti psichici per lo stress da radicamento, la perdita dei familiari, il terribile viaggio in imbarcazioni affollate, gli abusi, le torture. È la vera sfida di una Pediatria "transculturale"<sup>15</sup>.

Devono essere intercettati precocemente i principali segni di disagio psichico per fare emergere il vissuto sommerso e cercare di dare risposte alle loro esigenze, alle loro sofferenze e alle loro paure. Perché l'abuso, il tradimento, la violenza se non affrontati lasciano per sempre il segno nella vita di un bambino, incidendo sullo sviluppo armonico e la crescita staturponderale e condizionando la sua personalità, gli aspetti relazionali, i comportamenti, le aspettative e i sogni.

Purtroppo la storia raccontata non è una storia eccezionale o una emergenza unica, ma è un evento che rientra nell'ambito della quotidianità. Osservando i dati sugli sbarchi degli ultimi

due anni nel capoluogo siciliano, tra le principali condizioni cliniche riscontrate all'accoglienza si rilevano infatti problemi dermatologici, traumi e gravidanze. Molte donne o ragazze profughe approdano in stato di gravidanza, a volte avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere non hanno iniziato la loro fuga dopo aver concepito, ma sono vittime di gravidanze "forzate"<sup>15</sup>.

Molti all'arrivo hanno subito abusi sessuali. Non solo le ragazze ma anche i maschi sono vulnerabili. È emerso che gli abusi sono perpetrati soprattutto da agenti di polizia e soldati, seguiti da gang di trafficanti e da altri migranti<sup>16</sup>.

L'abuso fisico, psicologico o sessuale rappresenta purtroppo un rilevante e crescente problema, che si somma alla già fragile e disumana realtà dei minori migranti: in particolare le ragazze nigeriane sono il gruppo maggiormente coinvolto nella tratta, mentre gli adolescenti egiziani sono tra i più esposti allo sfruttamento lavorativo. Dalla conosciuta "triplice vulnerabilità"<sup>17</sup> dei MSNA potremmo in realtà oggi definire una condizione di "quadrupliche vulnerabilità": *migranti, irregolari, minori non accompagnati e l'essere vittima di abuso e di gravidanze non volute*.

L'attenzione su questi problemi deve essere massima sia a livello nazionale che regionale.

## LA TUTELA LEGALE "DI DIRITTO"

La recente approvazione in Parlamento della legge garantisce e definisce la protezione e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, disciplinando le procedure di identificazio-



ne e l'accertamento dell'età, definendo i percorsi per l'affido familiare e l'identificazione del tutore, ribadendo la necessità di cure mediche e istruzione alla pari dei minori italiani. Per la prima volta viene riconosciuto il diritto all'ascolto e all'assistenza legale<sup>18</sup>.

A livello regionale, in Sicilia, nel novembre 2016, è stato stipulato il "Protocollo di intesa relativo alla presa in carico dei MSNA" da parte di tutte le Istituzioni coinvolte con i diversi ruoli di competenza (Comune, Tribunale Civile, Tribunale per i Minorenni di Palermo, Procura presso il Tribunale per i Minorenni, Questura, Università degli Studi, Azienda Sanitaria Provinciale, Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia, Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza del Comune), per predisporre "progetti individualizzati di accompagnamento" e per risolvere le criticità relative all'identificazione e all'eventuale accertamento dell'età. Rappresenta il primo protocollo su scala nazionale su base "non emergenziale" e parte dal presupposto fondamentale che il minore non sia soltanto "oggetto di tutela e

assistenza", ma anche e soprattutto "soggetto di diritto"<sup>19,20</sup>.

#### Indirizzo per corrispondenza:

Dante Ferrara  
e-mail: [ferraradnt@libero.it](mailto:ferraradnt@libero.it)

#### Bibliografia

1. Angeli F. Ventiduesimo Rapporto sulle migrazioni 2016. Fondazione Ismu, Milano, 2017.
2. Angeli F. Ventunesimo Rapporto sulle migrazioni 2015. Fondazione Ismu. Milano, 2016.
3. Parizzi F, Bartolo P, Tempesti S. Bambini in fuga. *Area Pediatrica* 2014;15(2).
4. Corsello G. Salute dei bambini migranti: ecco le indicazioni SIP. *Pianeta SIP*, Giugno 2016.
5. Da Riolo R, Sereni F (a cura di). Tavola Rotonda: Il bambino Migrante. *Prospettive in Pediatria* 2015;45(180). Ottobre-Dicembre 2015.
6. UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). Italy unaccompanied and separated children (UASC) Dashboard. December 2016.

7. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and Council of Europe. Briefing note Unaccompanied and separated children in Europe. Maggio 2016.
8. Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione - Div. II. Report mensile MSNA in Italia. Gennaio 2017.
9. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione - Div. II. Report di Monitoraggio MSNA in Italia. Dicembre 2016.
10. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione. Report mensile MSNA in Italia. Dicembre 2016.
11. Nuove indicazioni del GLNBM-SIP per l'accoglienza sanitaria al minore migrante. Roma, 2013.
12. Direttiva 2011/95/UE. Commissione Europea, 2011.
13. Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome. Accordo Stato-Regioni n. 255 del 12 dicembre 2012.
14. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017. Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza - LEA. (Supplemento ordinario n. 15), 2017.
15. La Placa S. Assistenza sanitaria agli sbarchi: quale approccio raccomandato? Report Migrazioni in Sicilia 2016. Osservatorio Migrazioni Istituto Arrupe, 2017.
16. Senovilla Hernández D. Unaccompanied Children lacking protection in Europe. Final Comparative Report. Pucafreu Project, 2013.
17. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). A guide to realising the rights of children and families in an irregular migration situation. 2013.
18. Save The Children. Minori stranieri non accompagnati: giornata storica per i diritti, approvato definitivamente il DDL che istituisce in Italia un sistema organico di protezione e accoglienza primo in Europa. Marzo 2017.
19. Comune di Palermo. Protocollo di intesa per la presa in carico dei Minori stranieri non accompagnati. Novembre 2016.
20. La Placa S. Determinazione e accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati: approccio olistico multidisciplinare. GLNBM. Osservatorio Migrazioni Istituto Arrupe, 2017.