

Azioni a favore dell'area sanitaria inerente le adozioni internazionali e nazionali.

 **REGIONE
PIEMONTE**
GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 342

Adunanza 30 dicembre 2009

L'anno duemilanove il giorno 30 del mese di dicembre alle ore 08:55 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n. 165, nella Sala degli Stemmi, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Mercedes BRESSO Presidente, Paolo PEVERARO Vicepresidente e degli Assessori Eleonora ARTESIO, Andrea BAIRATI, Daniele Gaetano BORIOLI, Sergio CONTI, Nicola DE RUGGIERO, Giuliana MANICA, Teresa Angela MIGLIASSO, Giovanna PENTENERO, Luigi RICCA, Giacomino TARICCO, Sergio DEORSOLA, Giovanni OLIVA, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: DEORSOLA, OLIVA

(Omissis)

D.G.R. n. 22 - 12964

OGGETTO:

Azioni a favore dell'area sanitaria inerente le adozioni internazionali e nazionali.

A relazione degli Assessori ARTESIO, MIGLIASSO:

Premessa:

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con DCR n. 137-40212 del 24.10.2007, conferma che il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione e promozione della salute presenta numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi:

- le risorse: nonostante le reiterate affermazioni di principio, e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure, le risorse destinate alle attività di prevenzione e promozione della salute non hanno ancora raggiunto i livelli indicati dalla programmazione nazionale;
- la frammentazione: le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione;
- lo stile di lavoro: l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, non influenzano il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente;
- aspetti culturali: lo stato e l'evoluzione del sistema sanitario pubblico hanno creato un clima sempre meno favorevole alle attività di prevenzione, soprattutto a quelle di prevenzione

primaria e collettiva. Questo riflette una più generale situazione culturale e politica, secondo la quale, in nome di un presunto rispetto della libera determinazione dei singoli e di una discutibile, deliberata, riduzionistica concentrazione sulla tutela di valori afferenti prevalentemente alla sfera privata, ignora la promozione dei comportamenti che mantengono e proteggono la salute come fondamentale diritto collettivo.

- il bisogno di prevenzione: i problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione. I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non) nella collaborazione con i quali gli attuali servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

Con il presente provvedimento si intendono promuovere ed avviare nel corrente anno due progetti coerenti alle indicazioni sopra delineate e che si riferiscono all'ambito sanitario delle adozioni internazionali e nazionali e, più precisamente:

- 1) avvio del progetto sperimentale di "Istituzione della rete regionale dei presidi che svolgono attività inerenti l'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero, approvazione del protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato e avvio della Campagna informativa regionale";
- 2) avvio del progetto sperimentale di "Interventi di presa in carico dei nuclei familiari problematici nella fase del post adozione".

I due progetti trovano riscontro nel PSSR 2007-2010 e, ancor prima, nella D.G.R. n. 79-11035 del 17 novembre 2003.

Questi provvedimenti stabiliscono l'obbligatorietà degli interventi di sostegno diretti alla promozione e realizzazione delle adozioni, in particolare di quelle "difficili", riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati.

Il PSSR parla di Strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistono le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva, sancendo l'obbligatorietà degli interventi diretti alla promozione e realizzazione delle adozioni, in particolare quelle ritenute "difficili", ovvero quelle riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati.

L'Allegato "A" individua l'A.O. O.I.R.M./S. Anna di Torino, l'A.O.U Maggiore della Carità di Novara e l'A.S.L. VCO di Verbania quali presidi che svolgono le attività inerenti l'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero. Si approva altresì il protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato così come specificatamente indicato nell'Allegato "A".

L'Allegato "B" individua gli aspetti peculiari inerenti gli interventi di presa in carico dei nuclei familiari problematici nella fase del post adozione. Infatti, il percorso adottivo trova le sue criticità sia nelle fasi di avvio che nelle fasi di crescita e sviluppo del minore adottato. Nella fase adolescenziale, già difficoltosa per ogni minore, soprattutto se adottato/a, il nucleo familiare è chiamato ad affrontare crisi di identità, di ruolo e di prospettive che, diversamente, rischiano di minare, in modo anche grave, l'unione e la stabilità del nucleo medesimo. Viene individuata l'ASL TO 5 – S.O.C. di Psicologia – con il mandato di coordinare e monitorare gli interventi che saranno selezionati per il supporto psicoterapeutico, così come specificatamente indicato nell'Allegato "B".

Ritenuto pertanto, con il presente provvedimento, di approvare i progetti di cui trattasi dettagliatamente esposti negli allegati "A" e "B" parti sostanziali ed integranti del presente provvedimento, dando mandato agli uffici della direzione regionale Sanità competenti in materia di coordinare e monitorare le attività avviate nel 2009, garantendo l'aderenza agli obiettivi generali contenuti nel PSSR 2007-2010;

vista la L.R. 18 del 6.08.2007;

vista la DCR n. 137-40212 del 24 ottobre 2007;

vista la D.G.R. n. 79-11035 del 17 novembre 2003;

la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

- di approvare gli allegati "A" e "B", parti integranti del presente atto, inerenti i progetti regionali indicati in premessa;
- di approvare che le A.S.R. individuate dovranno relazionare sulle attività svolte dal momento dell'avvio delle attività. Gli uffici della Direzione Regionale Sanità dovranno coordinare e monitorare le attività avviate nel 2009, garantendo l'aderenza agli obiettivi generali contenuti nel PSSR 2007-2010;
- di dare atto che le spese dei progetti sperimentali di cui agli allegati "A" e "B" trovano copertura nella somma di Euro 20.000,00 impegnata sul cap. 157428/2009 (impegno n. 5928).

Per quanto concerne i contenuti dell'allegato "A" l'ASL VCO e l'A.O.U Maggiore della Carità avevano avviato le attività.

Gli oneri pertanto trovano copertura nel riparto delle risorse indistinte per il finanziamento del servizio sanitario regionale, stanziato nell'UPB DB 20091 dei Bilanci di Previsione 2009 e 2010.


La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. 8/R/2002.

(Omissis)

La Presidente
della Giunta Regionale
Mercedes BRESSO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 30 dicembre 2009.

cr/ 

Allegato alla deliberazione
n. 212964 del 30-12-2009
Il Segretario della Giunta

All. "A"

- A.O. O.I.R.M./S. Anna di Torino, A.O.U Maggiore della Carità di Novara, A.S.L. VCO di Verbania – Progetto sperimentale regionale di "Istituzione della rete regionale dei presidi che svolgono attività inerenti l'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero, approvazione del protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato e avvio della Campagna regionale informativa e di sensibilizzazione".

Negli ultimi anni si è riscontrato che i bambini adottati all'estero, sono spesso portatori di problemi sanitari tipici del loro paese di provenienza, talvolta sottovalutati e la documentazione sanitaria che accompagna il bambino al suo arrivo in Italia è a volte poco attendibile in quanto datata rispetto all'adozione, incompleta e con possibili errori di trascrizione.

Numerosi lavori su ampie casistiche negli USA e in Europa concordano nel rilevare che i bambini adottati all'estero sono spesso portatori di problemi sanitari spesso sottovalutati: documentazione sanitaria carente o poco attendibile; alta percentuale di bambini affetti da una o più patologie (50%), riconoscibili solo nel 20% dei casi con la sola visita pediatrica; storia di abbandono e di carenze affettive, relazionali, pedagogiche; mancata o inefficace vaccinazione nel Paese d'origine.

Le patologie più frequentemente diagnosticate nei bambini adottati sono quelle infettive e parassitarie che interessano il 50-60% secondo le varie casistiche riportate in letteratura.

La documentazione sanitaria del bambino adottato all'estero comprende nella quasi totalità dei casi esami di laboratorio per Epatite B, Sifilide e HIV. Spesso la validità di tali esami è relativa sia perché si tratta di trascrizioni senza copia dei test originali (con indicazione di metodica, laboratorio e firma del medico responsabile) sia perché gli esami risalgono a molto tempo prima dell'adozione ed è quindi necessario un controllo in Italia. L'infezione da virus dell'epatite B (HBV) ad esempio ha un'incidenza di circa il 5%, ed in studi su bambini adottati in paesi ad alta endemia sono riportati valori molto superiori. I bambini adottati portatori di HBV possono trasmettere l'infezione ai familiari ed è quindi indispensabile vaccinare tutti i conviventi, se recettivi.

Pertanto, questi bambini necessitano, a seguito di una prima visita, di vari interventi specialistici (consulenze specialistiche, esami di diagnostica strumentale e di laboratorio, analisi, ecc.) erogati secondo necessità sia in forma di ricovero che ambulatoriale.

In questa fase si avviano le attività tenuto conto del protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato, elaborato Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI), della Società Italiana di Pediatria, a seguito dell'esperienza maturata nell'assistenza dei bambini stranieri adottati. Lo stesso è stato definito nel 2002 ed approvato nello stesso anno dalla Commissione Adozioni Internazionali (CAI).

Il protocollo sanitario, pertanto, deve prevedere:

- Anamnesi e valutazione della documentazione sanitaria disponibile: notizie sul vissuto pre-adoptivo del bambino con riferimento a famiglia di origine, istituto/i di accoglienza (situazione igienico-sanitaria, alimentazione, modalità relazionali e educative, scolarizzazione), accrescimento staturale-ponderale e sviluppo neuro-emotorio, a patologie pregresse o in atto ed alle vaccinazioni.
- Esame obiettivo: visita clinica generale e valutazione auxologica



- Indagini di laboratorio: esame emocromocitometrico e formula leucocitaria, glicemia, creatininemia, fosfatasi alcalina, transaminasi, protidogramma, ferritinemia, VES, TPHA, Markers epatite B e C, anticorpi anti HIV, esame parassitologico delle feci (su 3 campioni), esame urine.
- Intradermoreazione di Mantoux.
- In relazione al paese di provenienza: dosaggio TSH, FT4 (Bielorussia, Ucraina); anticorpi anticisticerco (America Latina, Africa, Asia); anticorpi antitoxocara (Europa dell'Est, America Latina, Asia, Africa).
- Indagini di approfondimento: Esame radiologico del torace se Mantoux positiva. Hb elettroforesi e/o Dosaggio G6PD: in base ai risultati dell'esame emocromocitometrico
- Visite e consulenze specialistiche: secondo necessità emerse dalla visita.
- Programma vaccinale: valutazione del titolo anticorpale per i vaccini o rivaccinazione dalla prima dose secondo il protocollo di vaccinazioni previsto in Italia.

Pertanto, al fine di tutelare la salute del minore adottato all'estero si istituisce la rete dei presidi di accoglienza sanitaria facenti capo ai presidi di Torino (presso la I.A.O. O.I.R.M./S. Anna), di Novara (presso la Clinica Pediatrica dell'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara) e di Verbania (presso la S.O.C. di Pediatria dell'Ospedale Castelli dell'ASL VB di Verbania).

Obiettivo del progetto è quello di integrare e consolidare le attività, al fine di creare una rete regionale di presidi in grado di intervenire in maniera omogenea ed efficace sulle problematiche sanitarie inerenti l'adozione internazionale. Le adozioni internazionali inoltre sono in aumento, i bambini provenienti dall'Europa dell'Est e dall'America latina sono sempre più grandi di età o bisognosi di cure. Si sono aperte nuove frontiere per l'adozione in Africa e in Asia (Nepal, Cambogia, Vietnam, Corea e Cina). Nuovi Paesi di provenienza comportano la necessità di riconfrontarsi con diversi stili di vita, culture e tradizioni; dal punto di vista sanitario, la possibilità di patologie non diagnosticate nel paese d'origine, di difficile diagnosi perché molto rare in Italia o attualmente scomparse.

In attuazione della normativa statale in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si prevede la gratuità di tutti gli esami diagnostici (in regime di esenzione Ticket per adozione) contenuti nel protocollo regionale succitato, nonché per le vaccinazioni o la ricerca dei titoli anticorpali.

Secondo il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 8 Febbraio 2002 in particolare all'Allegato 1C Macro livello 7: vengono indicati tra i LEA in materia di "Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare": l' "assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori...assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazioni di disagio, adempimenti per affidamenti e adozioni".

Nello stesso allegato (nel quale vengono indicate tra le norme di riferimento le "Norme nazionali in materia di ...affidi e adozioni nazionali ed internazionali"), tra i micro-livelli di assistenza sono contenute le seguenti prestazioni:

a) prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche psicologiche, di indagine psicosociale, di indagine diagnostica alle donne, ai minori alla coppia e alla famiglia (ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie).

Al punto "3" dello stesso allegato che richiama l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie (DPCM 14 febbraio 2001) viene indicata "la protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni" e, al punto "4"



“gli interventi di prevenzione assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi.”.

L'esenzione del pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria sulle prestazioni ambulatoriali (“ticket”) è valida per un periodo di sei mesi dal momento dell'ingresso del minore.

Per questi motivi è particolarmente importante che i Centri di Riferimento per l'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero, incrementino la loro attività di assistenza specialistica, studio, ricerca e formazione, lavorando “in rete” tra loro e in collaborazione con la Commissione Adozioni Internazionali.

Altrettanto importante è la stretta collaborazione con i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale, i pediatri ospedalieri, gli Enti autorizzati, i Servizi territoriali e la Scuola al fine di sostenere in particolare il bambino malato e la sua famiglia, strategia insostituibile per il buon esito dell'adozione, avvalendosi anche di tutti i possibili strumenti informativi atti ad accrescere l'informazione e la sensibilità dei soggetti direttamente coinvolti in questo processo.

A tale riguardo sarà avviata una Campagna informativa regionale con l'obiettivo di informare e sensibilizzare tutti gli operatori del settore e i cittadini interessati all'argomento. La campagna informativa si avvarrà di depliant informativi di varia grandezza contenenti la descrizione sommaria delle attività e delle criticità e i centri di riferimento (orario di ricevimento, recapiti telefonici, nominativo dei responsabili, ecc.).

Gli Uffici della Direzione Regionale Sanità svolgeranno il coordinamento delle attività attraverso un monitoraggio costante che dovrà portare alla valutazione dei risultati di efficacia ed efficienza dell'azione svolta dai centri individuati rispetto alle problematiche affrontate.



ASL TO 5 – S.O.C. di Psicologia. Progetto sperimentale regionale di "Interventi di presa in carico dei nuclei familiari problematici nella fase del post adozione".

Il PSSR 2007-2010 e ancor prima la D.G.R. n. 79-11035 del 17 novembre 2003, stabiliscono l'obbligatorietà degli interventi di sostegno diretti alla promozione e realizzazione delle adozioni, in particolare di quelle "difficili", riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati. Infatti, il Piano Socio-Sanitario parla di Strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistano le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva, sancendo l'obbligatorietà degli interventi diretti alla promozione e realizzazione delle adozioni, in particolare quelle ritenute "difficili", ovvero quelle riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati;

A tale riguardo il percorso adottivo trova le sue criticità nelle fasi di avvio e nelle fasi di crescita e sviluppo del minore adottato, sempre più di frequente portatore di esperienze traumatiche pregresse e di sintomatologie ad esse conseguenti. Nella fase adolescenziale, critica per ogni minore, soprattutto se adottato/a, il nucleo familiare è chiamato ad affrontare crisi di identità, di ruolo e di prospettive che, diversamente, rischiano di minare, in modo anche grave, l'unione e la stabilità del nucleo medesimo.

La Commissione Adozioni Internazionali ha pubblicato nel 2003 la prima ricerca svolta in Italia sulle adozioni internazionali difficili, che hanno avuto come esito l'allontanamento del minore dal nucleo familiare. Dai dati si rileva che :

- i minori adottati in preadolescenza o in età francamente adolescenziale sono circa il 41,9% (così distribuiti: circa il 25,2% tra i 9-11 anni, il 13,5% tra i 12-14 anni, il 3,2% tra i 15-17 anni). Le adozioni di bambini oltre i nove anni sono in media circa il 10% del totale, dato che fa rilevare come le adozioni difficili oggetto della ricerca abbiano coinvolto soprattutto i preadolescenti;
- dei minori adottati preadolescenti o adolescenti, ne vengono allontanati l'86,5% (in percentuali così distribuite: 17,8 % si colloca tra i 9 e 11 anni; 38,6% tra i 12 e 14 anni; 30,1% tra i 15 e 17 anni)
- l'allontanamento si colloca nella fase adolescenziale sia che il figlio sia stato adottato in età prescolare (dei 24 casi di minori adottati da 0 a 2 anni, 17 sono allontanati dalla famiglia dopo 10 anni di adozione) sia che il figlio sia stato adottato in età preadolescenziale o francamente adolescenziale (al momento dell'adozione il 17,8% aveva tra i 9 e 11 anni, il 38,6% aveva tra i 12 e 14 anni, il 30,1% tra i 15 e 17 anni).

Il dato che l'adozione sia avvenuta precocemente non risulta necessariamente fattore di protezione dal rischio di crisi in adolescenza. (sintomi psicosomatici, difficoltà scolastiche o sintomatologie depressive, spesso interpretate come buon adattamento al nuovo ambiente di vita, erano segnali anticipatori di difficoltà relazionali nel contesto familiare).

L'analisi delle situazioni richiede quindi uno sforzo specifico da parte degli operatori dell'equipe adozioni nel farsi carico, in determinati periodi, di intercettare e supportare la famiglia adottiva nel periodo di post adozione e, nello specifico, nella presa in carico terapeutica sui casi di minori in grave disagio e/o sintomatici, tenuto conto che le richieste in tal senso da parte delle famiglie adottive sono in costante aumento. Da questa premessa bisogna pertanto tenere in considerazione quanto segue:

- a: il progetto si propone di coordinare e monitorare una serie di interventi, soprattutto a livello



psicoterapico, che ha come destinatari i nuclei familiari che manifestano livelli di problematicità di un certo rilievo.

b: risulta necessario definire i criteri per individuare i destinatari degli interventi, coordinare le segnalazioni degli operatori dei Servizi pubblici e le attività di supporto psicologico ai nuclei familiari.

Pertanto, obiettivo del progetto è quello di coordinare e monitorare gli interventi che saranno selezionati, di volta in volta, dall'equipe coordinata dalla S.O.C. di Psicologia dell'ASL TO5 che, grazie alla pluriennale esperienza nel settore delle adozioni, è stata individuata quale equipe di riferimento. Il progetto sperimentale sarà sottoposto a verifiche e valutazioni trimestrali atte a valutarne l'efficacia rispetto ad altre forme di intervento.

