



GS GLNBI SIP

**NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP
PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA
AL MINORE MIGRANTE**

Roma, 30 novembre 2013

PRESENTAZIONE

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia è stato, da sempre, eterogeneo e in evoluzione. Negli ultimi vent'anni si è verificato, nell'ambito dei flussi migratori nel nostro Paese, un graduale cambiamento non solo dei numeri e della provenienza ma anche della tipologia delle persone immigrate, nella popolazione sia adulta che pediatrica.

Gli squilibri creati e/o accentuati dai vari aspetti della globalizzazione e dal moltiplicarsi di conflitti armati, soprattutto nelle aree più povere e disagiate, hanno determinato un nuovo profilo socio-sanitario del Minore Migrante (MM) in Italia e la necessità di un corrispondente nuovo approccio di prima accoglienza.

Il Gruppo di Lavoro del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria (GLNBI-SIP), che da vent'anni si occupa del diritto alla salute del bambino migrante, ha seguito i cambiamenti che hanno caratterizzato la popolazione pediatrica migrante e i suoi bisogni di salute, stilando vari protocolli per la sua accoglienza sanitaria, di volta in volta ridefiniti secondo le nuove problematiche emerse. Sulla base dell'esperienza maturata e di vari studi epidemiologici multicentrici eseguiti il GLNBI-SIP, nel 2002, ha definito il primo protocollo di "Accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero", approvato nello stesso anno dalla Commissione per le Adozioni Internazionali (CAI) e in seguito modificato e semplificato (Pisa 2007). Negli anni successivi questo protocollo è stato utilizzato anche nell'accoglienza di minori di recente immigrazione da Paesi a rischio.

L'arrivo, in numero sempre maggiore, di nuove tipologie di bambini (es. minori non accompagnati e figli di richiedenti asilo), da contesti geo-politici e con modalità di viaggio differenti rispetto ai precedenti flussi migratori, ha fatto nascere l'esigenza di modificare ulteriormente le indicazioni del GLNBI-SIP rispetto all'accoglienza sanitaria del MM (Consensus, Roma 30 novembre 2013). Nella stesura di queste nuove indicazioni, in piena linea con le recenti posizioni della SIP in merito, si è tenuto conto sia delle attuali evidenze scientifiche sia del rapporto costo-beneficio delle singole prestazioni nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, pur riconoscendo come centrale la figura del pediatra, la strutturazione in diversi livelli d'intervento permette anche al medico non pediatra, di utilizzare queste indicazioni "*in scienza e coscienza*", adattandole a ognuna delle suddette tipologie e, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, al singolo bambino. Ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute non positive, sia sui bisogni specifici del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Il tutto nasce e deve essere applicato nella ferma consapevolezza che il fine ultimo dell'accoglienza sanitaria al MM è l'inclusione del bambino, il più presto possibile, nell'ambito del SSN italiano e il suo regolare accesso ai percorsi dedicati alla popolazione pediatrica, in un'ottica d'inclusione e di equità.

Il Segretario e il Consiglio Direttivo GLNBI-SIP

NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA AL MINORE MIGRANTE

PRIMA FASE

Anamnesi

- *Personale e familiare:*
 - Area di provenienza e condizioni che hanno caratterizzato la vita del bambino prima della migrazione: in famiglia o istituzionalizzato, in campo profughi, in residenza urbana o extra-urbana, scolarizzazione, religione e abitudini alimentari. Per quel che riguarda il bambino adottato ricostruzione dell'iter adottivo della coppia e del vissuto pre-adottivo del minore, eventuali informazioni sulle modalità dell'adozione e sull'Ente Autorizzato (L. 476/98, art.31) coinvolto nella procedura (con particolare attenzione alle categorie "special needs").
 - Condizioni e modalità che hanno determinato e caratterizzato l'intero percorso migratorio: durata totale del viaggio, bambino arrivato con uno o più familiari, minore non accompagnato, bambino adottato.
- *Patologica:* remota e prossima.
- *Valutazione della documentazione vaccinale.*

Valutazione clinica generale - deve tener conto delle diversità di sesso e di età; dove possibile la visita deve essere eseguita, dopo consenso, da medico dello stesso sesso e in presenza di una terza persona, nel rispetto di usi e costumi, cultura e religione del minore - :

- *Segni vitali:* temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa.
- *Segni di disidratazione* (eventuali).
- *Crescita statura-ponderale:* peso, altezza, circonferenza cranica (consultare sito WHO Child Growth Standards www.who.int/childgrowth/standards/en).
- *Dentizione, visus, udito.*
- *Dismorfismi e anomalie muscolo-scheletriche* (eventuali).
- *Cute e annessi:* cicatrici o lesioni da maltrattamento.
- *Genitali esterni e perineo* (per eventuali mutilazioni o abusi sessuali) e *Sviluppo puberale.*
- *Esame neurologico.*
- *Valutazione dello sviluppo psico-motorio, relazionale e del linguaggio* (per eventuali sintomi post-traumatici da separazione, abbandono, maltrattamento, violenza subita o assistita).

Indagini di primo livello

Esami di laboratorio:

- emocromo completo, con formula leucocitaria;
- glicemia, azotemia, creatininemia, transaminasi, protidemia, ferritinemia;

- fosfatasi alcalina, calcemia e fosforemia;
- esame urine completo con sedimento;
- TSH;
- sierologia per HBV (HBsAg, HBsAb), HCV, HAV e HIV (tenendo conto del periodo finestra);
- sierologia per LUE;
- sierologia vaccinale ¹: Anticorpi (Ac) anti-tetano solo nei minori di età inferiore a sette anni, in assenza di documentazione scritta, datata per singola dose somministrata e validata da firma e timbro ufficiale;
- esame parassitologico delle feci su tre campioni, preferibilmente a giorni alterni;
- Intradermoreazione secondo Mantoux.

Nota bene: Il calendario vaccinale e il tipo di vaccinazioni consigliate non è omogeneo nelle regioni italiane, tanto meno nei vari paesi di provenienza. Nei bambini di recente immigrazione è necessario attuare una strategia di vaccinazione in accordo con le indicazioni del Calendario vaccinale della regione di pertinenza.

Esami strumentali: esclusivamente su indicazione clinica.

Consulenze specialistiche:

Visita Oculistica, dai tre anni di età o prima, se presente storia di prematurità e/o asfissia perinatale.

SECONDA FASE

Indagini di secondo livello - in base all'esito delle precedenti e al quadro clinico - .

Esami di laboratorio:

- Studio dell'emoglobinopatie e deficit G6PDH, su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza.
- In caso di EOSINOFILIA (> 450 cell/mm³)²:
 - o ASINTOMATICA con esame parassitologico negativo: ricerca Ac anti-Strongyloides, Ac anti-Schistosoma e Ac anti-Toxocara.
 - o Se eosinofilia >20% si consiglia esecuzione anche di Ac anti-Filaria specialmente in bambini di età superiore ai due anni.
 - o SINTOMATICA: visita infettivologica pediatrica.
- In caso di febbre con sintomi gastro-intestinali: screening per malaria e coprocoltura.
- In caso di Mantoux positiva³: conferma con IGRA (Interferon-gamma release assays) in particolare con test QuantiFeron-TB.
- In caso di sospetto clinico e/o laboratoristico di rachitismo: Vitamina D, Paratormone (PTH) e

¹ Riguardo la copertura vaccinale in un bambino di recente immigrazione non vi è al momento un consenso internazionale sulla strategia da seguire. La verifica della risposta anticorpale per tutte le vaccinazioni è dispendiosa e non permette di differenziare l'immunizzazione naturale da quella vaccinale, ad eccezione degli esami sierologici per l'epatite B. L'assenza di documentazione accettabile relativa alle vaccinazioni eseguite, implica una probabile mancata o non adeguata vaccinazione e necessita di rivaccinazione senza ulteriore ritardo. I bambini di età inferiore ai sette anni non dovrebbero ricevere più di sei dosi di vaccino Difterite-Tetano per il rischio di reazioni locali più estese e/o sistemiche, seppur rare, al tossoide. In questo caso è indicato eseguire la ricerca quantitativa anticorpale per tetano su siero, per valutarne la risposta immune: un titolo anticorpale maggiore o uguale a 0.1 UI/ML, è considerato protettivo e indicativo anche della risposta immune del vaccino antidifterico.

Magnesio ematici.

Esami strumentali:

- In caso di Mantoux positiva: radiografia del torace e/o altra indagine radiologica.
- Per la determinazione anagrafica della minore età:
 - o tenere in considerazione la mancanza di evidenze scientifiche che supportino l'utilizzo della radiografia della mano e del polso sinistro (utile al riscontro dei nuclei di ossificazione);
 - o si consiglia invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per valutazione multidisciplinare.

Visite specialistiche su indicazione clinica e/o laboratoristica:

- visita audiologica, se disturbo o ritardo di linguaggio e/o dello sviluppo cognitivo/relazionale;
- visita neuropsichiatrica infantile, se presenti indizi di stress psichico o alterazione dello sviluppo neuropsichico;
- visita/consulenza infettivologica pediatrica;
- visita odontoiatrica;
- visita chirurgica pediatrica e, se indicate, anche quella chirurgica oro-facciale e plastica;
- visita ortopedica;
- visita endocrinologica;
- visita dermatologica;
- visita cardiologica.

² I valori normali di eosinofili per l'età pediatrica sono in numero assoluto $\leq 300 / \text{mm}^3$ e percentualmente 2-3 % (Dallmann PR,1977). Si definisce eosinofilia un numero di eosinofili nel sangue periferico $\geq 450 \text{ cell/mm}^3$, classificata in 3 gradi: LIEVE 450-1500 cell/mm³, MODERATA 1500-5000 cell/mm³ e MARCATA $>5000/\text{mm}^3$ (Checkley AM, 2010)

³ Si definisce MANTOUX POSITIVA (misurazione dell'indurimento, non dell'eritema):

- o $>5 \text{ mm}$ in caso di recente contatto con persona con TBC bacillifera (oltre ai casi di malattia HIV o altre malattie con immunodepressione)
- o $>10 \text{ mm}$ in tutti i bambini sotto i 5 anni di età o giunti da non più di 5 anni da aree del mondo con alta prevalenza di TBC ,
- o $>15 \text{ mm}$ in assenza di fattori di rischio per TBC

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Howard CR, Chandy CJ. Chapter 7 *International travel with infants and children*. Travelers' Health. wwwnc.cdc.gov, August 2013.

American Academy of Pediatrics. *Medical evaluation of internationally adopted children for infectious diseases*. In: Red Book 2012: Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th ed, Pickering LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p. 25-36 e 191-199.

Valentini P, Gargiullo L, Ceccarelli M, Ranno O. *Health status of internationally adopted children. The experience of an Italian "GLNBI" paediatric centre*. *It J Publ Health* 2012, Volume 9, Number 3.

Lancella L, Testa A, Giacchino R, Pisanti A, Zaffaroni M, Di Bari C, Ruga E, Ranno O, Pacchin M, Losurdo G, Cisotta F, Toniolo R, Ferraris M, Di Martino L, D'Elia R, Scarabaggio T, Zavarise G, Cataldo F, Gabrielli O, Valentini P. "La tubercolosi in età pediatrica". *Vademecum per il medico e gli operatori*. Editeam, 2008:4-15.

Dallman PR: Blood-forming tissues. In Rudolph AM, editor: *Pediatrics*, ed 16, New York, 1977, pg 1178

Staat MA, Edwards MS, Torchia MM.: *International adoption: immunisation consideration – Uptodate*, dic 10, 2013. <http://www.uptodate.com/contents/international-adoption-immunization-considerations>.

Jones VF. *Comprehensive health evaluation on the newly adopted child. Committee on early childhood , adoption , and dependent care. Pediatrics* 2012;129:e214.

Cruz AT, Geltemeyer AM, Starke JR, Flores JA, Graviss EA, Smith KC. *Comparing the Tuberculin Skin Test and T-SPOT.TB Blood Test in Children. Pediatrics* 2011;127:e31.

Mazurek GH, Jereb J, Vernon A, LoBue P, Goldberg S, Castro K; IGRA Expert Committee; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Updated guidelines for using Interferon Gamma Release Assays to detect Mycobacterium tuberculosis infection - United States, 2010. MMWR Recomm Rep.* 2010 Jun 25;59 (RR-5):125.

Checkley AM, Chiodini PL, Dockrell DH, Bates I, Thwaites GE, Booth HL, Brown M, Wright SG, Grant AD, Mabey DC, Whitty CJ, Sanderson F; British Infection Society and Hospital for Tropical Diseases. *Eosinophilia in returning travellers and migrants from the tropics: UK recommendations for investigation and initial management.* *J Infect.* 2010 Jan; 60(1):1-20. doi: 10.1016/j.jinf.2009.11.003.

Finnell SME, Christenson JC, Downs SM. *Latent Tuberculosis Infection in Children: A Call for Revised Treatment Guidelines. Pediatrics* 2009;123;816.

LINK

<http://www.cdc.gov>

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf. Piano Sanitario Nazionale Vaccinazioni 2012-2014. Ministero della Salute.

<http://www.cdc.gov/TB/publications/LTBI/default.htm>. Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers, 2013.

<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/medical-examination.html>. Centers for Disease Control and Prevention. Medical Examination of Immigrants and Refugees, April 2013.

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1221_allegato.pdf. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi- GESTIONE DEI CONTATTI E DELLA TUBERCOLOSI IN AMBITO ASSISTENZIALE –Ministero del Lavoro ,della salute e delle politiche sociali. 2009

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1221_allegato.pdf. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi –POLITICHE EFFICACI A CONTRASTARE LA TUBERCOLOSI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA -Ministero del Lavoro ,della salute e delle politiche sociali. 2009.

<http://www.iss.it/esps>. Aspetti epidemiologici TBC: dati generali - Portale epidemiologia per la sanità pubblica, Centro Nazionale di Epidemiologia , Sorveglianza e Promozione della Salute . Cnesp –ISS –n. 501 7 novembre 2013

Partecipanti alla Consensus Conference GLNBI-SIP , Roma 30 novembre 2013

Segretario :

Rosalia Maria Da Riol (Udine)

Consiglio Direttivo:

Rosangela Arancio (Milano), Simona La Placa (Palermo), Francesca Maschio (Treviso), Maria Antonietta Pulito (Lecce), Orazio Ranno (Roma)

Soci :

Giuse Ballardini (Verbania), Elisabetta Bondi (Genova), Valentina Burzio (Pavia), Marisa Calacoci (Ferrara), Laura Casali (Pordenone) , Manuela Ceccarelli (Roma), Maria Tecla Fuga (Roma), Giusyelisa Galione (Palermo), Claudia Gandolfi (Gorizia), Lia Marrone (Roma), Antonio Palma (Roma), Erica Pozzi (Novara), Marco Sala (Verbania), Beatrice Vergara (Palermo), Giorgio Zavarise (Negrar, Verona), Raffaele Viridis (Parma).

Ringraziamenti

Si ringrazia la Presidenza della SIP per aver concesso l'uso della Sede di Roma per i lavori della Consensus Conference

