

VOLUME:

La salute del Bambino Immigrato: aspetti di pediatria preventiva e sociale.

(a cura di M. Zaffaroni)

Editeam Gr. Editoriale – 2007

Capitolo 6.

ADOZIONI INTERNAZIONALI: ASPETTI SANITARI, PSICOLOGICI, PEDAGOGICI

Caterina Adami Lami,* Piero Valentini, Giuseppina Veneruso*, Raffaella Giacchino***, Stefania Losi*, Giorgio Zavarise°, Francesco Cataldo,°° Orazio Gabrielli.°°°**

Dipartimento di Pediatria-Ospedale A.Meyer Firenze*, Pediatria Policlinico Gemelli Roma, Pediatria Gaslini Genova***, Ospedale S. Cuore Negrar -Verona°, Clinica Pediatrica Palermo°°,Clinica Pediatrica Ancona °°°**

Nell'adozione internazionale i dati anamnestici e clinici sono scarsi,quelli relativi alle vaccinazioni poco attendibili e più del 50% dei bambini provenienti dall'estero per adozione internazionale sono affetti da una qualche patologia diagnosticabile solo nel 20% dei casi con la visita pediatrica , senza l'ausilio di esami di laboratorio.

E' necessaria pertanto una adeguata accoglienza sanitaria presso servizi pediatrici qualificati,con esami di screening,da effettuare indipendentemente da età,paese di origine,presenza di sintomi, subito dopo l'arrivo in Italia e in ogni caso prima dell'inserimento in comunità infantili..

La documentazione sanitaria

La storia del bambino adottato all'estero e la sua documentazione sanitaria è sempre carente e scarsamente attendibile.

Raramente sono riportati dati relativi alla composizione del nucleo familiare, alle modalità di vita ,ad eventuali comportamenti antisociali dei genitori, all'assunzione di droghe o alcool da parte della madre durante la gravidanza .

L'anamnesi fisiologica del bambino si limita a notizie sulla gestazione, sul parto, sui dati auxologici alla nascita, sulla presenza o meno di sofferenza neonatale; non viene di solito fornita alcuna indicazione sullo sviluppo psicomotorio e l'accrescimento staturo-ponderale nel primo anno di vita e successivi .

Per quanto concerne l'anamnesi patologica i dati certificati sono di difficile interpretazione e spesso fuorvianti. Raramente viene fatta menzione di patologie comuni in età pediatrica in bambini istituzionalizzati, e quando riportate, non viene riferita la durata, le eventuali recidive, la terapia effettuata.

Molto spesso invece vengono riportate diagnosi di malattie gravi quali idrocefalo, esiti di sofferenza neonatale, cardiopatie, ritardo mentale, convulsioni, senza alcuna documentazione che le avvalorì.

Le vaccinazioni

I certificati di vaccinazione: secondo dati della letteratura più recente, devono essere considerati poco attendibili. Indagini sierologiche su di un'ampia casistica di bambini adottati all'estero hanno dimostrato presenza di titoli anticorpali protettivi (soggetti responder) nella maggioranza dei casi verso difterite e tetano, mentre il 20% risultava "non responder" per uno o più dei seguenti vaccini: antiepatite B, morbillo, rosolia, parotite. Causa della mancata risposta anticorpale può essere la non corretta conservazione o la somministrazione di vaccini scaduti, calendari vaccinali non corretti, scarsa risposta dell'ospite per malattie defedanti o grave denutrizione.

Emerge la necessità nell'adozione internazionale, di sottoporre i bambini a verifica sierologica delle vaccinazioni certificate all'estero per poter formulare un appropriato calendario di vaccinazioni: in alternativa occorre iniziare il ciclo vaccinale dalla prima dose (Decreto Ministeriale 01/04/99).

Per quanto concerne il vaccino combinato antimorbillo-parotite-rosolia può essere effettuato senza farlo precedere da valutazione anticorpale: raccomandate anche le altre vaccinazioni in uso nel nostro paese, antimeningococcica, antipneumococcica, antivaricella

La vaccinazione antitubercolare

Quasi tutti i bambini, provenendo da paesi ad alta endemia tubercolare, risultano vaccinati, di solito nel primo mese di vita, contro la tubercolosi e la documentazione sanitaria riporta i risultati della Mantoux, eseguita per verificare la risposta immune al vaccino.

La Mantoux deve essere in ogni caso ripetuta, come esame di screening: sarebbe imprudente e pericoloso non eseguirla nei bambini vaccinati, ritenendoli già protetti.

La vaccinazione con BCG, riduce il rischio di tubercolosi polmonare e extrapolmonare del 50%, ma non previene l'infezione tubercolare. Molto importante è la corretta valutazione del test.

I bambini adottati all'estero, per la provenienza da paesi ad alta endemia tubercolare, per il lungo periodo di istituzionalizzazione o di vita in ambienti degradati dal punto di vista igienico-sanitario, per la denutrizione - malnutrizione, sono da considerare soggetti "a rischio": pertanto una Mantoux che provoca un infiltrato di 10 mm è da considerare sempre positiva.

Patologie nei bambini adottati all'estero

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

Su 961 bambini, afferiti nel periodo 1/1/1998-31/12/2005 al Servizio Pediatrico per l'Adozione Internazionale del Dipartimento di Pediatria-Ospedale A. Meyer di Firenze, 574 (59,72%) risultavano affetti da patologie ad eziologia infettiva o parassitaria.

La documentazione sanitaria del bambino adottato all'estero comprende nella quasi totalità dei casi esami di laboratorio per la diagnosi di Epatite B, Sifilide, infezione da HIV: anche in questo caso la validità di tali esami è relativa, sia perché si tratta sempre di trascrizione di esami (senza indicazioni sulle metodiche di laboratorio né firma del medico responsabile) sia perché i test sierologici per lo più sono stati eseguiti molti mesi prima l'adozione: è possibile che il bambino venga contagiato dopo l'esecuzione dei test. Il controllo di tali esami, in Italia, è pertanto d'obbligo.

L'infezione da HBV ha un'incidenza di circa il 5%: in studi su bambini adottati in paesi ad alta endemia sono riportati valori molto superiori.

La trasmissione da bambini adottati a membri della famiglia è stata da tempo ben documentata in USA e Scandinavia. E' indispensabile vaccinare tutti i familiari e i conviventi in caso di HbsAg positività del bambino: lo screening, che comprende i marker per l'Epatite B, eseguito subito dopo l'ingresso in Italia, tutela in questo caso la salute dei genitori, di tutta la famiglia e della comunità.

L'epatite C ha in generale una incidenza inferiore (circa la metà) rispetto all'epatite B, anche se in alcuni paesi (Ucraina, Russia, Cina) la prevalenza della malattia nella popolazione è più elevata.

Da osservare inoltre che la ricerca degli anticorpi antiepatite C, per la minor frequenza della malattia e gli alti costi del test, viene solo in rarissimi casi effettuata prima dell'adozione.

La sifilide congenita è una forma non rara nei paesi dell'ex URSS e dell'Est Europeo in cui è elevata la prevalenza della malattia nella popolazione generale. La sifilide materna, se riferita nella anamnesi non è documentata per quanto concerne esami e terapia: quasi sempre i neonati sono trattati con penicillina, ma a dosaggi e per periodi spesso inadeguati e possono pertanto sviluppare la malattia. I test sierologici a nostra disposizione consentono la diagnosi di sifilide ancora attiva, il che porterà ad effettuare indagini approfondite per stabilire quali organi siano interessati ed instaurare un trattamento antibiotico adeguato.

L'infezione da virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV) rappresenta attualmente una patologia rara nel bambino adottato. Il motivo principale che rende infrequente questa malattia è che attendibili test sierologici di screening per HIV vengono effettuati in tutti i paesi a cura degli istituti di accoglienza, per selezionare i bambini, escludendo dalla adozione quelli HIV positivi. Quale che sia il paese di origine (a bassa o alta endemia per infezione da HIV) ed il risultato degli esami precedenti, i test sierologici per HIV 1-2 devono essere ripetuti in Italia.

Le parassitosi rappresentano la patologia più frequente nei bambini adottati all'estero. I bambini provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est non vengono indagati per tali patologie, mentre qualche documentazione in proposito viene talora fornita per quelli provenienti da India, America Latina, Africa e Asia. È importante conoscere quali sono le parassitosi più frequenti nei diversi paesi d'origine.

Le parassitosi intestinali pur essendo eradicabili con terapia specifica presentano notevole difficoltà diagnostica per la emissione, spesso intermittente di uova, cisti, larve, per la necessità di particolari accorgimenti nel prelievo e conservazione delle feci nonché di laboratori specializzati in parassitologia e malattie tropicali. I soggetti con parassitosi intestinale possono essere asintomatici e questo potrebbe indurre a dilazionare od effettuare in modo incompleto l'esame parassitologico delle feci nel bambino adottato: per l'attendibilità di questo esame è indispensabile che sia eseguito su tre campioni raccolti a distanza di almeno 48 ore l'uno dall'altro. Prevale l'infestazione da *Giardia Lamblia*; a seguire, in ordine di frequenza: *Hymenolepis nana*, *Entamoeba coli*, *Trichiuris Trichiura*, *Enterobius Vermicularis*, *Endolimax nana*, *Entamoeba Hystolitica*, *Strongyloides Stercoralis*, *Tenia Solium*, *Ascaris Lumbricoides*. Le parassitosi da larve di elminti possono interessare tutti gli organi interni; sono malattie rare, ma potenzialmente gravi, di difficile diagnosi, che vanno indagate indipendentemente dalla presenza di sintomi.

Le più importanti per frequenza e patologia correlata sono la toxocariasi e la cisticercosi.

La *toxocara canis*, ubiquitaria, è l'ascaride del cane che rappresenta l'ospite definitivo. L'infestazione dell'uomo avviene attraverso ingestione di uova larvate che vengono emesse dal cane con le feci. I bambini facilmente si infestano attraverso cibi o mani contaminati. Possono essere interessati tutti gli organi interni, ma i sintomi più gravi sono quelli legati all'interessamento oculare e del sistema nervoso centrale. Essendo l'infestazione ubiquitaria, è opportuno indagare per tale forma tutti i bambini adottati, indipendentemente dal paese di origine: esistono test sierologici specifici con metodica ELISA. La cisticercosi, malattia grave, dovuta a infestazione da larve di *Tenia solium*, può interessare vari organi ma le localizzazioni più frequenti sono il sistema nervoso e l'occhio. La forma può rimanere silente anche per anni, prima che compaiano i sintomi: convulsioni, idrocefalo, meningite, disturbi neurologici, compromissione del visus. La ricerca degli anticorpi specifici anticisticercosi con metodica ELISA o EITB (Enzyme linked immunoelettrotransfer blot), questa ultima più recente, più specifica e sensibile, consente la diagnosi di infezione. Una diagnosi sierologica precoce di cisticercosi e toxocariasi in fase pre-clinica può consentire la guarigione delle lesioni o impedirne l'insorgenza.

La tubercolosi è patologia frequente e in continuo aumento nei bambini adottati all'estero. L'incremento dei casi, in Italia come in altri paesi europei, si è cominciato a verificare nel 2002, correlato all'aumento del numero di adozioni da Africa, India, Sud-est asiatico, nuovi paesi dell'Est Europa quali Bielorussia, Slovacchia, Lettonia, Lituania, che sono ad alta endemia tubercolare

La sindrome feto-alcolica si presenta con quadri clinici variabili: dalla forma conclamata (iposomia, microcrania, facies tipica, “iperattività”, grave deficit della capacità di concentrazione) a quadri incompleti con solo alcuni segni e sintomi tipici associati. Si osserva nella quasi totalità dei casi in bambini provenienti dall’Est Europeo, in particolare Russia, Polonia, Ucraina, dove l’etilismo rappresenta tutt’ora un grave problema medico e sociale. Raramente risulta dalla documentazione sanitaria l’etilismo della madre in gravidanza :più spesso il dato viene comunicato ufficiosamente, ai genitori adottivi. Nel caso di sospetta sindrome feto-alcolica deve essere richiesta la consulenza del genetista e il cariotipo per la diagnosi differenziale con malattie genetiche a fenotipo simile, l’ecografia renale-pelvica e cardiaca, la RNM encefalo , per evidenziare danni da alcol a carico di tali organi. Tutti i bambini devono essere seguiti con controlli longitudinali clinici e psicologici. La diagnosi precoce è importante perché deve essere impostato un programma pedagogico scolastico cui devono partecipare i genitori adottivi, finalizzato a favorire nel bambino la capacità di attenzione per tempi progressivamente più lunghi in ogni tipo di attività, a cominciare dal giuoco. In questi bambini infatti il deficit intellettuale è raramente presente, ma il rendimento scolastico è gravemente ostacolato dall’incapacità del bambino a concentrarsi e di conseguenza a partecipare ad attività finalizzate.

La pubertà precoce. Durante la prima visita eseguita dal pediatra di famiglia o presso il centro di riferimento per il bambino adottato , viene effettuata una valutazione nutrizionale, auxologica, e dello stadio puberale. Il pediatra di famiglia, dopo questa prima valutazione ,programmerà un calendario di bilanci di salute personalizzato , diverso a seconda del paese di provenienza , dell’età, del quadro clinico, con particolare attenzione all’ accrescimento e allo sviluppo puberale.

Nei mesi successivi all’arrivo in Italia, di solito si assiste nel bambino a un rapido incremento staturale-ponderale dovuto alle migliorate condizioni di vita, all’alimentazione più ricca e variata e non ultimo, al beneficio psicologico di sentirsi al centro di una relazione affettiva esclusiva.

Dopo questa iniziale “impennata”, si ha di solito una stabilizzazione della crescita: in alcuni casi tuttavia, soprattutto nelle bambine, si può verificare una pubertà precoce o quantomeno anticipata.

La pubertà si definisce precoce quando i caratteri sessuali secondari compaiono prima degli 8 anni nelle femmine e 9 anni nel maschio

La letteratura riporta sempre più frequentemente segnalazioni di pubertà precoce (PP) in bambini adottati provenienti da paesi in via di sviluppo. I meccanismi fisiopatologici che favoriscono la PP nei bambini adottati non sono ancora completamente chiariti.

Il miglioramento dello stato nutrizionale promuoverebbe lo sviluppo puberale ,favorendo un precoce raggiungimento del peso critico. Il tessuto adiposo aumenta la produzione periferica di estrogeni e la secrezione di tutti gli ormoni, compreso le *Insuline-like growth factor I* (IGFI) che direttamente stimolano la crescita ovarica e la sintesi di steroidi. Altri fattori causali o favorenti la pubertà precoce sono quelli psicologici ,legati al benessere di vita e affettivo, in grado di agire sulle neuroamine cerebrali ed influenzare l’ipotalamo.

I bambini adottati, ai quali è stata negata un’infanzia normale ,nel primo periodo post-adottivo devono recuperare gli anni perduti sia a livello sia fisico che affettivo- relazionale e solo quando hanno acquisito la consapevolezza di essere figli “a tutti gli effetti” sono in grado di affrontare i cambiamenti connessi con la pubertà. Il pediatra in questa fase ha un duplice ruolo: nei confronti dei bambini monitorarne la crescita e saper valutare **se** e **quando** sia il caso di inviarli a centri specialistici endocrinologici : nei confronti dei genitori di sfatare la falsa convinzione che sia normale, per un bambino proveniente da paesi tropicali, avere una pubertà precoce.

Le iniziali trasformazioni somatiche puberali devono essere conosciute anche dai genitori che individuandole correttamente, possono coadiuvare il lavoro del pediatra. Un eccessivo ritardo nella diagnosi di sospetta pubertà precoce può recare al bambino grave danno sia fisico che psicologico, da un lato impedendogli di raggiungere una statura adeguata, dall’altro rendendolo oggetto, anche per questo evento fisico, di ulteriore discriminazione.

L'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero

Con la legge 31 Dicembre 1998 n.476 (Ratifica della Convenzione dell'Aja)l'Italia si è allineata con i paesi più avanzati in campo legislativo,ma per quanto concerne i problemi sanitari,ad oggi non esistono indicazioni del Ministero della Sanità in merito a provvedimenti di accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero,a tutela del minore e della comunità stessa..

Nell'ultimo quinquennio tuttavia si è diffusa a tutti i livelli la "cultura dell'adozione" e la maggioranza dei pediatri di famiglia ,degli operatori dei servizi sociosanitari territoriali concordano sulla utilità di esami di screening per i bambini adottati all'estero,da eseguire presso centri qualificati.

Alla fine del 2002 erano operativi in Italia solo 5 servizi pediatrici di riferimento per i bambini adottati provenienti dall'estero (Ancona,Firenze, Novara, Venezia, Udine), istituiti per iniziativa di pediatri ospedalieri o universitari aderenti al Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria. In occasione del 58° Congresso della Società Italiana di Pediatria e della riunione del GLNBI (Montecatini 30 Settembre-2 Ottobre 2002) è stato presentato e discusso un protocollo diagnostico-assistenziale con esami di screening per il bambino adottato proveniente dall'estero,successivamente approvato e promosso dalla Commissione Centrale Adozioni Internazionale e applicato attualmente da tutti i servizi pediatrici di riferimento per l'adozione internazionale, presenti in quasi tutte le regioni d'Italia.

Il protocollo ,formulato secondo le linee guida della letteratura internazionale, tiene conto delle patologie di più frequente riscontro nei bambini istituzionalizzati o che hanno vissuto in condizioni igienico-sanitarie di degrado, delle malattie infettive o parassitarie endemiche nelle nazioni di origine, di alcune emoglobinopatie e/o deficit enzimatici dei globuli rossi e di patologie da radiazioni ad alta prevalenza in alcuni paesi

Protocollo diagnostico-assistenziale per i bambini adottati all'estero

(Approvato dalla commissione Adozioni internazionali nel 2002, aggiornato nel 2007, in occasione del III Convegno Nazionale ISMU-GLNBI-SIMM)

Anamnesi: ricostruzione dell'iter adottivo della coppia e del vissuto preadottivo del bambino, con riferimento alla famiglia di origine (componenti,condizioni sociali,abitudini di vita,motivi dell'abbandono), all'istituto/i di accoglienza (situazione igienico-sanitaria, modalità relazionali e educative, scolarizzazione), alle modalità dell'adozione, allo sviluppo fisico e neuroevolutivo,a patologie pregresse, alle vaccinazioni documentate.

Esame obiettivo : valutazione clinica generale.

Indagini di laboratorio: glicemia, creatininemia, esame emocromocitometrico e formula leucocitaria, fosfatasi alcalina, transaminasi,protidogramma, ferritinemia,VES, Markers epatite B e C , TPHA , anticorpi anti HIV 1-2 , esame parassitologico delle feci (su tre campioni), esame delle urine, intradermoreazione di Mantoux.

In relazione al paese di provenienza effettuare :

dosaggio TSH, FT4 (Bielorussia, Ucraina); anticorpi anticisticerco (America Latina, Africa, Asia); anticorpi antitoxocara (Europa dell'Est, America Latina, India)

Indagini di approfondimento :

Esame radiologico del torace se Mantoux positiva

Hb elettroforesi e/o dosaggio G6PD in base ai risultati dell'esame emocromocitometrico.

Visite specialistiche : tutte, secondo necessità

Programma vaccinale: valutazione del titolo anticorpale per i vaccini o rivaccinazione dalla prima dose, secondo il protocollo di vaccinazioni previsto in Italia.

Ricostruzione del vissuto preadottivo e modalità di intervento dello psicologo clinico

A integrazione della cartella standard è attualmente in uso presso molti servizi pediatrici di riferimento per le adozioni, una scheda-questionario specifica per i bambini adottati all'estero che ha lo scopo, avvalendosi della collaborazione dei genitori adottivi di colmare almeno in parte le tante lacune della documentazione sanitaria attinenti sia la storia della famiglia di origine, sia quella personale del bambino

Nella scheda vengono riportati, alla prima visita, dati relativi a:

- **famiglia adottiva** :età e professione dei genitori, figli biologici o adozioni precedenti, condivisione o meno del progetto adottivo da parte della famiglia (genitori, fratelli, figli biologici o adottivi), parenti conviventi e/ o disponibili ad accudire il bambino, corrispondenza o meno dell'adozione a quanto indicato dalla coppia e/o proposto dall'Ente intermediario, partecipazione della coppia a corsi di informazione-formazione preadottivi., disponibilità a seguire quelli post-adozione.

- **istituto (o casa-famiglia) di provenienza del bambino** :caratteristiche strutturali e igienico-sanitarie dell'edificio, possibilità di attività ludica all'aperto, disponibilità di giochi e materiale didattico, rapporto numerico tra assistenti infantili e bambini, modalità relazionali e educative, scuola (all'interno o esterna), alimentazione, assistenza sanitaria.

- **famiglia di origine** :dati non ufficiali di cui la coppia è venuta a conoscenza : di ordine sanitario, sociale, comportamentale, giuridico.

- **il bambino adottato**: cause della adattabilità (abbandono alla nascita, incapacità di accudimento, perdita della patria potestà); provenienza del bambino e durata del soggiorno/i (orfanotrofio, casa famiglia, famiglia affidataria); separazione da fratelli conviventi in istituto o da familiari con cui manteneva rapporti; adozione con fratello/i, con altro bambino/i ; scolarizzazione.

- **l'incontro col bambino** : comportamento nei confronti dei genitori adottivi al momento della conoscenza e incontri successivi. Atteggiamenti di accettazione o di rifiuto dell'adozione.

- **primo periodo di convivenza col bambino** : abitudini alimentari, caratteristiche del sonno, adattamento al nuovo ambiente, comportamento con i genitori e con gli estranei, problemi emotivo-relazionali (movimenti stereotipati di dondolamento del corpo, rifiuto del contatto fisico, paure e grida immotivate ecc) e psicologici, patologia di interesse medico-pediatrico.

Una copia della scheda viene allegata alla cartella clinica ed una inviata al servizio di neuropsichiatria infantile/ psicologia clinica

-**scolarizzazione** : grado di istruzione e scolarizzazione del bambino pre-adozione, scolarizzazione programmata

Al momento del primo approccio con il bambino e la famiglia, il pediatra è coadiuvato, a Firenze come in altri centri di riferimento, da uno psicologo infantile per cogliere i primi dati sul funzionamento emotivo e relazionale del bambino. Una parte dell'osservazione viene effettuata intrattenendo il bambino in una sede contigua a quella dove sono i genitori (se il distacco non è accetto) o presso la ludoteca, una parte in presenza dei genitori adottivi per valutare le modalità relazionali nella coppia e dei genitori col bambino. L'osservazione dello psicologo integra quella clinica ed è finalizzata a fornire una prima consulenza ai genitori adottivi e ad acquisire indicazioni sui tempi in cui è opportuno programmare la valutazione di neuropsicologia infantile/ psicologia clinica presso il centro di riferimento stesso o i servizi territoriali per l'adozione internazionale

Le problematiche psicologiche personali e comportamentali dei bambini adottati, differiscono a seconda dell'età al momento dell'adozione. Nei bambini in età prescolare è più facile l'attaccamento ai genitori adottivi e l'adattamento al nuovo ambiente : dal punto di vista emotivo-comportamentale si evidenzia continua ricerca di stimoli, difficoltà nel fissare a lungo l'attenzione, problemi nell'affrontare situazioni inattese, superficialità nelle relazioni interpersonali, paura di abbandono.

Nei bambini in età scolare ,superato l'ostacolo della diversità della lingua ,emergono difficoltà legate alla necessità di acquisire nuove espressioni verbali simboliche e sono frequenti i disturbi dell'apprendimento. La paura dell'abbandono a questa età è per lo più legata al timore di non corrispondere alle aspettative dei genitori adottivi e può manifestarsi con modalità fuorvianti quali crisi di rabbia e di aggressività. Difficoltà ad accettare le regole e , sul piano emotivo, fragilità e scarsa capacità di tollerare frustrazioni possono ostacolare l'integrazione nella famiglia, la socializzazione e l'apprendimento scolastico .Questi disturbi psicologici e relazionali sono presenti anche nei bambini adottati in età preadolescenziale o adolescenziale , aggravati da un vissuto più lungo di deprivazione relazionale e affettiva e dal riemergere del ricordo delle proprie "radici" cui si aggiunge l'ansia legata alla difficoltà di strutturare la propria identità e scarsa autostima : opposizione o rifiuto della famiglia e manifestazioni di carattere asociale sono frequenti.

Il ruolo del pediatra di famiglia

Il pediatra di famiglia, tutore della salute del bambino intesa come benessere globale psico-fisico, ha una funzione di particolare importanza nella adozione internazionale.

La prima accoglienza al bambino e ai genitori adottivi è di competenza dei pediatri di libera scelta: sono loro a fare la prima valutazione clinica del bambino, a dare consigli ai genitori su come accudirlo, a rispondere alle tante domande , a rassicurare e incoraggiare.

E' molto importante che i pediatri di famiglia conoscano le modalità di accoglienza sanitaria e il protocollo di screening per il bambino adottato all'estero applicati dai servizi di riferimento pediatrici per il bambino adottato.

Tali servizi offrono la possibilità di una valutazione dello stato di salute del bambino in tempi brevi, con un percorso unitario comprendente indagini di laboratorio, (tra cui alcune effettuabili solo in centri specializzati) strumentali e visite specialistiche che consente,in particolare la diagnosi precoce di malattie infettive spesso asintomatiche (tbc, epatiti, parassitosi) ,patologie neurologiche ed endocrinologiche.

A conclusione della prima visita il pediatra può richiedere non solo l'accesso al servizio di assistenza al bambino adottato per esami di screening, ma anche altre indagini (di laboratorio e strumentali) e visite specialistiche , in base a quanto clinicamente rilevato.

Successivamente il pediatra di famiglia, per i frequenti rapporti con il bambino e la famiglia sarà in grado di valutare e monitorare non solo lo stato di salute , ma anche l'andamento dell'adozione stessa per quanto concerne l'attaccamento alle figure genitoriali, le modalità comportamentali e relazionali nella famiglia, nella società e in particolare nella scuola.

Il pediatra del centro di riferimento fornisce sempre alcune indicazioni sull'inserimento del bambino in comunità infantili: inizio e modalità della frequenza (in asilo nido,scuola dell'infanzia, scuola dell'obbligo) , scelta della classe in base alla precedente scolarizzazione e alle abilità rilevate, ma sarà il pediatra di famiglia a seguire il processo di inserimento, a promuovere sinergie famiglia-scuola, a individuare precocemente eventuali segni di disagio, segnalarli ai genitori ,cercare insieme a loro cause e possibili soluzioni.

Quando necessario sarà sempre il pediatra a proporre ai genitori la consulenza di psicologi del centro di riferimento, che già conoscono il bambino, o di professionisti esperti in adozione internazionale dei servizi territoriali.

Adozioni internazionali: una realtà in continuo divenire.

Negli ultimi anni si è osservato in Italia come in molti altri paesi europei, un aumento progressivo delle adozioni di bambini provenienti dall'Asia (India, Nepal, Vietnam, Cambogia, e altri paesi del

Sud-Est Asiatico) e dall'Africa , dove è possibile adottare bambini anche molto piccoli , con minori difficoltà burocratiche. Nei paesi dell'Est Europa viene attualmente promossa e favorita la adozione nazionale o altre forme di assistenza all'infanzia, rispetto all'adozione internazionale

Due le conseguenze di questo trend:

- negli istituti dell'Est Europa rimangono disponibili per una adozione internazionale prevalentemente i bambini più bisognosi di cure e quelli più grandi per i quali non è stata possibile la adozione nazionale
- I bambini provenienti da Asia e Africa possono presentare forme carenziali e malattie infettive e parassitarie endemiche nella zona di provenienza, spesso asintomatiche e di difficile diagnosi.

Dal punto di vista sanitario sarà pertanto necessario un aggiornamento continuo dei medici dei servizi pediatrici per l'adozione internazionale relativamente a malattie infettive e parassitarie o altre patologie ad alta prevalenza nei paesi di provenienza degli adottati ed una stretta collaborazione con centri di riferimento di infettivologia e malattie tropicali.

Le patologie organiche del bambino adottato all'estero , se precocemente diagnosticate e adeguatamente curate non condizionano per lo più la qualità di vita e non ostacolano un buon inserimento nella nuova famiglia e nella società.

L'abbandono che sta alla base di ogni adozione e la deprivazione affettivo-relazionale incide invece , anche se in misura diversa da caso a caso, sull'integrazione del bambino nella nuova famiglia e nella società :di questa realtà i genitori adottivi , i pediatri e gli educatori devono sempre tener conto.

Gli obiettivi degli anni 2000 consistono nel rendere costantemente adeguati al mutevole quadro delle adozioni internazionali i Servizi di Riferimento per l'Adozione Internazionale e nell'attuare strategie condivise tra le figure-chiave del percorso post-adottivo : i medici dei servizi di riferimento per l'adozione internazionale, i pediatri di famiglia, gli assistenti sociali e gli psicologi dei servizi socio-sanitari, gli insegnanti attraverso un lavoro di rete , il solo in grado di dare risposte adeguate alle necessità del bambino adottato e della sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- Adami Lami C. *“Una corretta accoglienza sanitaria al bambino adottato e alla sua famiglia”* in: *“Percorsi Problematici dell'adozione internazionale”* Ed. Istituto degli Innocenti di Firenze per la Collana della Commissione per le Adozioni Internazionali. 2003 (pag.36-56).
- Adami Lami C. *“Il bambino adottato proveniente dall'estero”* Atti III Congresso Nazionale del Gruppo di Lavoro del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria. Milano, 2003 (pag. 73-75).
- Adami Lami C., Gabrielli O., Zaffaroni M., Cataldo F., Valentini P, Veneruso G, Zavarise G. *“Nuovo protocollo diagnostico-assistenziale del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) per il bambino adottato all'estero”* *Minerva Pediatrica* 2007;59: 579.
- Albers L. et al. *“Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records”* *JAMA* 2000; 278 :922-924.
- Bartolozzi G. *“Il bambino nato da genitori non italiani”* *Medico e Bambino* 2001;2:101-106.
- Cataldo F, Viviano E. *“Health problems of internationally adopted children”* *Ital. J. Pediatr.* 2007;33:92-99
- Chen LH, Barnett D, Wilson ME. *“Preventing infectious diseases during and after international adoption”*. *Ann. Inter. Med.* 2003;139:371-9
- Christerson B. *“Epidemiological aspect of transmission of Hepatitis B by HbsAg positive adopted children”* *Scand J Infect Dis.* 1986;18: 105-9.
- De Monleon J., Huet F. *« De l'utilité de la prise en charge des enfants adoptés a l'étranger»* *Arch. Pediatr.* 2000; 7: 1039-40.

- Gabrielli O. et al. *“Bilanci di salute del bambino adottato all'estero”* Riv. Ital. Pediatr. 1999; 25 (S.3): 38-41.
- Gabrielli O, Bona G, Cataldo F, Zavarise G, Valentini P, Viridis R, Visci G, Cabiati G, Podestà A, Giacchino R, Pulito M.A., Veneruso G., Adami Lami C *“Servizi di accoglienza sanitaria ai bambini adottati all'estero: cinque anni di attività”* Minerva Pediatrica 2007;59:579-580.
- Galli L. , Adami-Lami C. *“Le malattie infettive nel bambino immigrato”* Atti Congresso *“Aggiornamenti in Pediatria”* Firenze, 2002 (pag 75-78).
- Giacchino R et al. *“Hepatitis B virus in native versus immigrant or adopted children in Italy after the compulsory vaccination”* Infection 2001; 29: 188-191.
- Howe D. *“Parented reported problems in 211 adopted children: some risk and prospective factors”* J. Child Psychol Psychiatry 1997;38:401-11.
- Hostetter M et al. *“Medical examination of internationally adopted child. Screening for infectious disease and developmental delay”* Post Grad. Med. 1996; 99:70-82.
- Hostetter M. *“Infectious disease in internationally adopted children : the past five years”* Pediatric Infectious Diseases J 1998; 17(6): 517-18.
- Hostetter M. *“Infectious diseases in internationally adopted children: findings in children from China, Russia and East Europe”* Advances in Pediatric Infectious Diseases 1999;14:147-61.
- Miller L. *“Caring for internationally adopted children”* New Engl. J. Medicine 1999; 341:1539-1540.
- Miller L. *“International adoption: infectious diseases issues”* Clin. Infect. Dis. J. 2005;40:286-293
- Ranno O., Valentini P. *“La malattia tubercolare”* in : Etnopediatria. Ed. FIMP - 2005;III:89-100.
- Red Book 2007 Report of the Committee on infectious disease (ed.It): *“Problemi Medici dell'adozione internazionale. Tubercolosi”* pag. 555-572.
- Saiman I et al. *“Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children”* Pediatrics 2001;108: 608-612.
- Schulte J.M. et al. *“Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children”* Pediatrics 2002;109 :19-22.
- Teilmann G., Pedersen C.B., Skakkebaek N, Jensen T.K. . *“Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark”* Pediatrics 2006; 118: 391-399.
- Versluis-den-Bieman H.J.M., Verhulst F.C. *“Self- reported and parent problems in adolescent international adoptees”*. J. Child Pycol. Psychiatry 1995;36: 1411-28.
- Viridis R., Street ME,, Zampoli M *“Precocious puberty in girl adopted from developing countries”* Arch. Dis.Child. 1998;78:152-154.