

**Testo della relazione presentata al
Seminario Formativo “Ri-Conoscere i cambiamenti”
Torino, 10-11 Febbraio 2009**

Accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero

M. Zaffaroni, E. Caristo, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara

Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

I bambini adottati provenienti dall'estero necessitano di un'attenzione medica particolare e di un'accoglienza sanitaria specifica.

Numerosi lavori su ampie casistiche negli USA e in Europa concordavano nel rilevare che i bambini adottati all'estero sono spesso portatori di problemi sanitari spesso sottovalutati: documentazione sanitaria è 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. Su 961 bambini, afferiti al Servizio Pediatrico per l'Adozione Internazionale dell'Ospedale 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 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) 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, è quindi indispensabile vaccinare tutti i conviventi se recettivi.

L'epatite C ha in generale una incidenza inferiore rispetto all'epatite B, anche se in alcuni paesi (Ucraina, Russia, Cina) la prevalenza della malattia nella popolazione è più elevata. 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 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. In ogni caso, indipendentemente dal paese di origine e dal risultato degli esami precedenti, il test sierologico va ripetuto in Italia.

Le parassitosi rappresentano la patologia più frequente nei bambini adottati all'estero. In genere, prima dell'adozione, i bambini provenienti dall'Europa dell'Est non ha eseguito esami, mentre qualche documentazione in proposito viene talora fornita per quelli provenienti da India, America Latina, Africa e Asia. E' 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.

La cisticercosi è una 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 e visivi. La ricerca degli anticorpi specifici anticisticercosi consente la diagnosi dell'infezione latente. Una diagnosi sierologica precoce di cisticercosi e toxocariasi in fase pre-clinica può consentire la guarigione delle lesioni o impedirne l'insorgenza.

Infezioni ed infestazioni cutanee di frequente osservazione sono le micosi, la scabbia e la pediculosi, patologie che devono essere subito trattate all'arrivo in Italia del bambino.

La tubercolosi è una patologia frequente e in continuo aumento nei bambini adottati all'estero. In Italia e in Europa, l'incremento dei casi di bambini con TBC verificatosi dal 2002 è correlato all'aumento del numero di adozioni da Africa, India, Sud-est asiatico, paesi dell'Est Europa quali Bielorussia, Slovacchia, Lettonia, Lituania, che sono ad alta endemia tubercolare.

Fra le *patologie metaboliche* sono frequenti quelle carenziali: rachitismo, anemia sideropenica, distrofia da iponutrizione.

Un cenno particolare merita la *sindrome feto-alcolica*: malattia congenita che interessa i bambini nati da donne che in gravidanza assumono dosi eccessive di alcool. Esistono quadri clinici variabili: dalla forma conclamata (iposomia, microcrania, facies tipica, deficit intellettivo) a forme parziali con solo alcuni segni e sintomi tipici associati. Si osserva in molti bambini provenienti dall'Est Europeo, in particolare Russia, Polonia, Ucraina, dove l'etilismo rappresenta tutt'ora un grave problema medico e sociale. Dalla documentazione sanitaria disponibile, raramente risulta l'etilismo della madre: più spesso il dato viene comunicato officiosamente ai genitori adottivi.

Un altro disturbo relativamente frequente fra le bambine adottate è 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. Nei mesi successivi all'arrivo in Italia, di solito si assiste nel bambino a un rapido incremento staturponderale 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 prima degli 8 anni nelle femmine e 9 anni nel maschio. La letteratura riporta sempre più frequentemente segnalazioni di pubertà precoce in bambini adottati: le iniziali trasformazioni somatiche puberali in età precoce non devono essere sottovalutate da genitori e pediatra al fine di riconoscere e trattare adeguatamente i casi pubertà precoce.

Protocollo diagnostico-assistenziale.

Il 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, ha elaborato un protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato e mirato alla precoce valutazione dello stato di salute dei minori e creato una rete di centri pediatrici di riferimento per le adozioni presenti in quasi tutte le regioni italiane (Figura 1).

Il protocollo del GLNBI, denominato "Accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero" è stato definito nel 2002 ed approvato nello stesso anno dalla CAI; successivamente è stato ridotto e semplificato nel 2007 (Tabella 1).

Gli esami di screening dovrebbero essere effettuati in tutti in tutti i bambini adottati dall'estero: indipendentemente dalla presenza di sintomi; all'arrivo nel Paese di accoglienza in presenza di segni o sintomi suggestivi di malattia in atto, negli altri casi, in apparente benessere, precocemente entro 2-3 mesi, comunque prima dell'inserimento del bambino in comunità infantili.

In genere le visite e gli esami vengono eseguiti in regime ambulatoriale o (in alcune regioni) in day hospital.

Si organizza in modo che il bambino possa effettuare in una sola giornata sia la visita medica sia il prelievo sia i test microbiologici; in presenza di segni o sintomi che richiedono approfondimenti o terapie specialistiche, le consulenze sono espletate programmandole appena possibile ed accompagnando il bambino e la famiglia nell'iter diagnostico-terapeutico.

A Novara, in particolare è attiva una equipe pediatrica multidisciplinare e, quando è necessaria una visita specialistica (NPI, infettivologica, pneumologica, dermatologica, ortopedica, oculistica), i consulenti sono in genere disponibili a controllare il bambino in regime ambulatoriale il giorno stesso o in occasione del giorno di controllo della intradermoreazione.

Dove i laboratori locali non dispongono di test sierologici specifici per malattie rare, la collaborazione con Centri dotati di laboratori specializzati permette anche la diagnosi di alcune poco frequenti malattie parassitarie e tropicali, possibilità particolarmente utile in considerazione dell'aumento dei bambini adottati provenienti dall'Asia, dall'Africa e dall'America latina, dove tali malattie sono endemiche. Sono stati individuati 3 centri disponibili a ricevere campioni biologici da altre regioni: il Centro di Malattie Tropicali dell'Ospedale S.Cuore a Negrar (Verona); il Laboratorio di Malattie Infettive e Parassitarie dell'Ospedale Careggi a Firenze ; l'Istituto Superiore di Sanità a Roma.

La Regione Emilia–Romagna ha recentemente deliberato un “Protocollo Regionale per la tutela psicofisica dei bambini adottati” (Novembre 2007), iniziativa a favore dell’accoglienza sanitaria dei bambini adottati all’estero, con esplicito riferimento al protocollo diagnostico assistenziale per il bambino adottato all’estero del GLNBI, la Regione ritiene infatti opportuno attuarlo a livello locale e lo richiama nella stesura del protocollo Sociale e Sanitario 2008-2010. Tutti gli esami di screening sono esenti ticket.

Anche alla Regione Piemonte viene formulata in questa sede la richiesta da parte dei pediatri di estendere l’esenzione del ticket (già da molto tempo prevista ed applicata per gli esami sanitari effettuati ai genitori dai servizi di medicina legale che valutano l’idoneità fisica delle coppie) anche ai bambini giunti in Italia, almeno per gli esami di screening e le visite necessarie per accertare lo stato di salute del minore adottato all’estero così come indicato dal protocollo GLNBI 2007.

In conclusione, l’adozione internazionale rappresenta un percorso sempre più complesso. Le adozioni internazionali 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.

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 famiglia, 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.

Figura 1 – Centri di riferimento del GLNBI-SIP per l'accoglienza sanitaria
Del bambino adottato all'estero



Tabella 1 – Protocollo per l'accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero (GLNBI - 2007)

- Anamnesi e valutazione della documentazione sanitaria disponibile: notizie sul vissuto pre-adottivo del bambino con riferimento a famiglia di origine, istituto/i di accoglienza (situazione igienico-sanitaria, alimentazione, modalità relazionali e educative, scolarizzazione), accrescimento staturico-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.

Bibliografia

- 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.
- 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
- Cilleruelo M.J., *“Internationally adopted children: What vaccines should they receive?”* Vaccine 2008; 26 : 5784–5790
- 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. et al. *“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.
- Gonzalvo G.O. « Marcadores serológicos de hepatitis B en niños adoptados de Rusia y Ucrania » An Pediatr (Barc) 2008; 68(2): 136-139
- 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. et al. *“Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark”* Pediatrics 2006; 118: 391-399.
- Viridis R., Street ME,, Zampoli M *“Precocious puberty in girl adopted from developing countries”* Arch. Dis. Child. 1998; 78: 152-154.
- Viviano E., Cataldo F. et al. *“Immunization status of internationally adopted children in Italy”* Vaccine 2006; 24: 4138–4143