

BAMBINO IMMIGRATO

IMMIGRAZIONE: INDICATORI DI INTEGRAZIONE

M. Pacchin

ALUNNI STRANIERI NELLE SCUOLE IN ITALIA, NEL VENETO E NELLA PROVINCIA DI VICENZA, LA 2^a GENERAZIONE

M. Pacchin

INDAGINE CAMPIONARIA SULL'INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI NEL TERRITORIO VICENTINO

M. Pacchin

LA GLOBALITÀ DELLA SALUTE. DETERMINANTI ECONOMICI, CULTURALI E SOCIALI. OBIETTIVO DI SALUTE ONU, 1990-2015: RIDUZIONE DI 2/3 DELLA MORTALITÀ IN ETÀ <5 ANNI

M. Pacchin

RICOVERI DI BAMBINI ITALIANI E STRANIERI NELL'ULSS 6 VICENZA E NELLE ALTRE ULSS DEL VENETO, VARIAZIONI % 2006-2008

M. Pacchin

ANALISI DEI FATTORI DI DISCORDANZA TRA LA MANTOUX E I NUOVI TEST IMMUNOLOGICI NEI BAMBINI IMMIGRATI

B.M. Bergamini, M. Codifava, C. Venturelli, B. Meccugni, M. Meacci, R. Farina, G. Tosetti, M.C. Molinari, G. Sighinolfi, L. Iughetti

PROGETTO SPERIMENTALE DI OFFERTA DI CIRCONCISIONE RITUALE MASCHILE (CRM) IN STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA (FVG)

R. Da Riolo, J. Schleef, G. Canciani, F. Macagno, N. Coppola

INCIDENZA E PATOLOGIE NEI NATI DA GENITORI IMMIGRATI: ESPERIENZA DI UN BIENNIO NELLA NOSTRA UTIN

G. Corona, I. Formica, V. Cordaro, I. Barberi

ESITI PERINATALI NEI NATI DA DONNE STRANIERE NEL LAZIO

S. Asole, R. Lucchini, S. Farchi, A. Polo, D. Di Lallo, A. Morrone, M. De Curtis

NEONATI CON MADRI ITALIANE E STRANIERE PORTATRICI DI VIRUS DELL'EPATITE B E C

E. Caristo, M. Zaffaroni, G. Di Dio, E. Tognato, P. Pizzi, L. Panigati, G. Bona

PREVENZIONE DELLA ROSOLIA CONGENITA MEDIANTE VACCINAZIONE NEL POST-PARTUM ALLE MADRI RECETTIVE

E. Tognato, E. Caristo, G. Di Dio, M. Zaffaroni, S. Vajani, L. Panigati, P. Pizzi, M. Barengo, A. Esposito, G. Bona

OCCHIO AL SOVRAPPESO: UN PROGETTO PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ FRA I BAMBINI IMMIGRATI

G. Di Dio, M. Zaffaroni, E. Tognato, D. Gervino, P. Martinoli, A. Petri, E. Caristo, F. De Rienzo, I. Demarchi, G. Bona

PROGETTO AURORA: AZIONI DI CONTRASTO E PREVENZIONE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

S. Ahmed Ali, M. Zaffaroni, L. Panigati, E. Caristo, G. Di Dio, E. Tognato, G. Bona

NEONATI DI GENITORI STRANIERI: ANDAMENTO DELLE NASCITE E SALUTE

A. Perino, M. Zaffaroni, G. Di Dio, E. Caristo, E. Tognato, G. Bona

INFEZIONI CONNATALI E DIAGNOSI TARDIVE O MISCONOSCIUTE NEL NEONATO DI MADRE IMMIGRATA

R. Mormile, B. Guida, A. Orsini, M. Grimaldi, P. Del Mastro, F. Pascarella, G. Golia, A. Cantelli, S. Vendemmia, L. Cantelli

LE PARASSITOSI DI INTERESSE PEDIATRICO RISULTATI PRELIMINARI SU 4280 SOGGETTI PROVENIENTI DA AREE ENDEMICHE 1990-2007

G. Zavarise, S. Provera, C. Zanotto, M. Baldissera, M. Anselmi, S. Ilic, G. De Stefano, A. Deganello

COME SI AMMALANO I BAMBINI AFRICANI DATI DELLA PEDIATRIA D'URGENZA DELL'OSPEDALE INFANTILE DI TORINO E DELLA PÉDIATRIE SOCIALE M. ULMER DI JOAL-FADIOUTH (SENEGAL)

I. Tardivo, C. Bondone, F. Negro, E. Niane Diouf, A. Urbino

CIRCONCISIONI MASCHILI: UNA REALTÀ EMERGENTE

V. Agarla, M. Zaffaroni, L. Mondo, G. Bona

CIRCONCISIONI RITUALI MASCHILI: PROGETTI PILOTA IN PIEMONTE E FRIULI VENEZIA GIULIA

L. Mondo, R. Da Rio, M. Zaffaroni, V. Agarla, G. Bona

L'IMMUNITÀ VERSO I COMUNI ANTIGENI VACCINALI NEI BAMBINI ADOTTATI CON PROCEDURA INTERNAZIONALE: L'ESPERIENZA DEL CENTRO POST ADOZIONE DI BOLOGNA

T. Belotti, V. Dell'Omo, M.L. Tanzi, M. Masi

BAMBINO IMMIGRATO

IMMIGRAZIONE: INDICATORI DI INTEGRAZIONE

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss 6, Vicenza

La Provincia di Vicenza si trova al 4° posto tra le province italiane nella graduatoria relativa all'indice sintetico di "integrazione sociale e lavorativa" (Rapporto CNEL, 2009).

Obiettivi. Valutare il grado di integrazione degli immigrati in Italia e nella Provincia di Vicenza, mediante indicatori.

Metodi. Consultazione fonti bibliografiche.

Risultati. Indicatore sensibile di stabilizzazione è la variazione consistente della componente femminile, in Italia passata da 575.887 nel 2000 a 1.720.000 nel 2008: 46% del totale immigrati nel 2000, 50% nel 2008 e, nella Provincia di Vicenza, da 15.406 a 38.176 (dal 42% al 48% del totale). L'immigrazione è diventata strutturale per l'alta percentuale di coniugati (50% nel 2000, 56% nel 2008, in Italia); per l'aumento dei ricongiungimenti familiari: dal 25% al 35% (nella Provincia di Vicenza nel 2007 erano il 39%); per l'incremento dei nati da genitori stranieri: l'11% (63.555) in Italia, il 21% (1.914) nella Provincia di Vicenza (erano il 10% nel 2000); per l'aumento dei minori 0-17 anni stranieri: 7,5% (760.733) del totale minori in Italia, 14% (21.558) nella Provincia di Vicenza (erano il 5% nel 2000); per l'aumento degli alunni stranieri nati in Italia: il 71% degli alunni nella scuola materna, sia in Italia (79.113) che nella Provincia di Vicenza (2.503). Altro indicatore di stabilizzazione è rappresentato dall'integrazione nel mondo del lavoro. Nel Veneto, l'8% (166.000/2.104.000) degli occupati sono stranieri e contribuiscono al 10,8% del Pil della Regione (Rapporto UnionCamere, 2007). Il lavoro degli immigrati concorre allo sviluppo dei Paesi di origine: i trasferimenti di denaro dal Veneto sono stimati, nel 2008, in 425 milioni € e dall'Italia, in 6.4 miliardi € (Banca d'Italia).

Conclusioni. L'analisi degli indicatori evidenzia un soddisfacente grado di integrazione della popolazione immigrata.

Bibliografia. Rapporto Cnel 2009; Caritas Dossier Statistico 2008; Ministero dell'Istruzione, Rapporto 2008; Immigrazione Straniera nel Veneto, Rapporto 2008.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

ALUNNI STRANIERI NELLE SCUOLE IN ITALIA, NEL VENETO E NELLA PROVINCIA DI VICENZA, LA 2^a GENERAZIONE

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss 6, Vicenza

Premessa. Convenzione internazionale dei diritti dell'infanzia, ONU,1989: Art.3 L'interesse superiore del minore deve costituire oggetto di primaria considerazione in tutte le decisioni adottate dalle Istituzioni. Art.28 L'istruzione primaria deve essere gratuita e obbligatoria per tutti. Art.29 Il minore deve essere educato al rispetto dei diritti, della propria identità, lingua, cultura e al rispetto della cultura di civiltà diverse dalla propria.

Obiettivi. Valutare la distribuzione degli alunni stranieri e degli alunni stranieri nati in Italia, per tipo di scuola.

Metodi. Consultazione fonti bibliografiche.

Risultati. Le iscrizioni scolastiche di alunni stranieri sono passate in Italia da 181.767 nel 2001/02 a 574.133 nel 2007/08 e, nella Provincia di Vicenza, da 4.409 a 15.247. L'incidenza sulla popolazione scolastica è 6,4% in Italia e 11% nella Provincia di Vicenza. La Regione con maggior presenza di alunni stranieri è l'Emilia Romagna (11,8%), seguono l'Umbria (11,4%), la Lombardia (10,3%) e il Veneto (10,2%). Sono presenti per il 6,7% (110.044) nella S.materna, per il 7,7% (219.716) nella elementare, per il 7,7% (116.396) nella media, per il 4,3% (118.977) nella S.superiore. Le nazionalità sono 166: prima Romania (92.732,16%), segue l'Albania (85.195,14,8%). Alunni stranieri nati in Italia. 2^a generazione. A conferma del significativo grado di integrazione si rileva l'elevato numero di alunni stranieri nati in Italia, il 34% (199.120/574.133). Sono nati in Italia il 71% (79.113) dei bambini stranieri nella scuola materna e il 41% (89.442) di quelli presenti nella elementare, il 18% degli alunni stranieri nella Scuola media e il 7% nella Scuola superiore. Tali valori sono confermati anche nella Provincia di Vicenza: 77%(2.503) nella materna e 48% (2.939) nella elementare.

Conclusioni. La significativa presenza nelle scuole di bambini stranieri nati in Italia è indicatore sensibile di integrazione. La scuola è fattore protettivo del processo di sviluppo e della costituzione dell'identità del minore: a tal fine deve intervenire affinché la condizione migratoria non determini situazioni di marginalità.

Bibliografia.. Ministero dell'Istruzione. Alunni con cittadinanza non italiana, 2007/08.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

INDAGINE CAMPIONARIA SULL'INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI NEL TERRITORIO VICENTINO

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda ULSS 6, Vicenza

Obiettivi. Effettuare una ricerca sulle condizioni socio-economiche degli immigrati per evidenziare situazioni di criticità.

Metodologia. È stato predisposto un questionario con 51 domande raggruppate in 6 aree: situazione socio-demografica, progetto migratorio, condizione abitativa e lavorativa, relazioni sociali e tempo libero, qualità dei servizi scolastici e sanitari. 8 mediatori culturali hanno tradotto in 5 lingue e distribuito il questionario alle Comunità di Albania, Paesi Balcanici (ex- Jugoslavia, Bosnia-Erzegovina), Filippine, Africa Sub-sahariana (Ghana e Senegal). L'indagine condotta nel 2003, ha riguardato 207 stranieri.

Risultati. Il 36% (74/207) proviene dai Paesi Balcanici, il 29%(60) dalle Filippine, il 23%(47) dall'Africa Sub-sahariana, il 12% (26) dall'Albania. Età media:35 anni. Il 63% è coniugato. Prevale scolarità medio-alta (68%). L'82% professa religione cristiana (31% cattolica), i musulmani sono il 15%. Il 40% conta di stabilirsi in Italia, il 23% di tornare nel paese di origine, il 30% non ha ancora progetti precisi. Il 30% non ha più fatto rientro in patria: il 34% dei filippini e degli africani. L'80% ha alloggio stabile (62% in affitto e 18% di proprietà), il 15% è ospite di amici e il 5% alloggia sul posto di lavoro. I vicini di casa sono per il 70% italiani. L'1% incontra ostilità, il 50% ha rapporti di reciproca disponibilità e il 45% di cordiale indifferenza. Il 64% del campione ha figli: 60% tutti in Italia, 32% nel paese di origine, 8% parte in Italia e parte nel paese di provenienza. Il 60% lavora a tempo indeterminato, il 17% a tempo determinato, il 5% è autonomo. Il 60% ha titolo di studio medio-alto, ma svolge lavoro dequalificato. Il 54% è soddisfatto del lavoro, il 37% lamenta la bassa qualifica e il 30% stipendio inadeguato. Il 30% legge spesso stampa italiana, il 70% guarda la televisione italiana. Il 90% ha buoni rapporti con la scuola e l'80% valuta buona l'assistenza sanitaria. Nostalgia del proprio paese: il 70% prova nostalgia per parenti e amici e per i rapporti umani poco gratificanti.

Conclusioni. Si rileva un soddisfacente grado di integrazione, pur in presenza di criticità per problemi di ricongiungimento e di lavoro dequalificato.

Bibliografia.. CNEL e Caritas.Indici di integrazione in Italia,2007-2009.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

LA GLOBALITÀ DELLA SALUTE. DETERMINANTI ECONOMICI, CULTURALI E SOCIALI. OBIETTIVO DI SALUTE ONU, 1990-2015: RIDUZIONE DI 2/3 DELLA MORTALITÀ IN ETÀ <5 ANNI

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss 6, Vicenza

Obiettivi. Analizzare i determinanti delle differenze negli esiti di salute nel mondo.

Metodi. Comparazione fonti bibliografiche.

Risultati. La globalità della salute. Condizione economica, occupazione, reddito, distribuzione delle risorse, istruzione sono determinanti primari non sanitari -determinanti distali- della diseguale distribuzione della mortalità e morbosità. Altri indicatori determinanti differenze negli esiti di salute sono: fattori ambientali, condizioni lavorative, fattori comportamentali, fattori biologici individuali, con l'interazione tra caratteri genetici e ambiente, differenze di genere, reti di supporto sociali e familiari, contesto di residenza, e determinanti sanitari definiti dall'accesso equo ai servizi sanitari e sociali e all'appropriatezza degli interventi (medicina basata sulle evidenze scientifiche di provata efficacia). Istruzione e tutela della salute riproduttiva. La salute è preconditione per conseguire gli obiettivi di sviluppo di ogni società. Il miglioramento della salute e dell'istruzione rende più produttive le forze lavoro e determina nel lungo periodo un aumento dello sviluppo economico. Nel 1990, l'Onu ha fissato gli obiettivi di sviluppo da raggiungere entro il 2015. L'istruzione primaria e l'eliminazione delle disparità di genere sono considerati determinanti per il raggiungimento degli altri obiettivi quali la riduzione della povertà e della mortalità. Riscontri si hanno sugli effetti positivi prodotti dal crescente livello di istruzione delle madri: significativa è la diminuzione del tasso di mortalità infantile (si calcola che un aumento del 10% della scolarizzazione determini una riduzione della mortalità infantile del 4%) e più assiduo è il ricorso ai servizi sanitari e di pianificazione familiare con riduzione del tasso di fecondità con mutamento delle dinamiche demografiche e conseguente riduzione degli squilibri sociali.

Conclusioni. La salute è il risultato di processi di interazione tra fattori biologici e sociali ed è condizionata dalle scelte di politica economica, sociale, sanitaria e ambientale.

Bibliografia. Undp, 2003:19-87;Marmot M.,Social determinant of health inequalities,Lancet,2005; 365:1099-104; WHO.World health Report, 2005; A.Sen. Sviluppo è libertà, 2001: 55.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

RICOVERI DI BAMBINI ITALIANI E STRANIERI NELL'ULSS 6 VICENZA E NELLE ALTRE ULSS DEL VENETO, VARIAZIONI % 2006-2008

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss 6, Vicenza

Obiettivi. Analizzare le cause di ricovero in età pediatrica di bambini italiani e stranieri residenti e le variazioni % 2006-08.

Metodi. L'analisi è effettuata secondo la classificazione ICD-9-CM. Sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione (t.o.‰) per grandi gruppi nosologici e cittadinanza considerando anche la mobilità passiva, le var. % dei tassi 2006-2008 e la significatività statistica delle variazioni con il test Chi quadro ($p < 0.05$). Popolazione in età pediatrica, 2008, Ulss 6 Vicenza: 47.253; popolazione straniera 0-14 anni: 6.506.

Risultati. Ricoveri complessivi 0-14 anni. Var. % 2006-08 Nel 2008 i ricoveri sono 2.212, il 7% (2.212/31.553) del totale, con tasso di ospedalizzazione 46‰ (-12% rispetto al 2006; $p < 0.05$). Le condizioni morbose di origine perinatale sono la prima causa (410; 18% dei ricoveri; t.o. 8,7‰ non si notano variazioni rispetto al 2006), seguono le malattie dell'apparato respiratorio (315; 14%; 6.7‰; -30%, $p < 0.05$), le malattie infettive (246; 11%; 5.2‰; +7,8%, $p < 0.05$), le malformazioni congenite (204; 9,2%; 4‰; -20%, $p < 0.05$), le malattie dell'apparato digerente (184; 8,3%; 4‰; -16%, $p < 0.05$). Ricoveri di bambini immigrati. Var.%2006-2008 Nel 2008 i ricoveri sono 493,19%(493/2.559) del totale, con t.o. 75.8‰ (-7,3% rispetto al 2006, $p < 0.05$). Le condizioni morbose di origine perinatale (114; 23% dei ricoveri; 17.5‰; +20% rispetto al 2006; $p < 0.05$) sono la prima causa di ricovero, seguono le malattie dell'apparato respiratorio (70; 14%; 10.8‰; -22%, $p < 0.05$), le malattie infettive (61; 12%; 9.9‰; non si notano variazioni), le malformazioni congenite (51; 10%; 10.3‰; nessuna variazione). Diminuiscono, con significatività statistica, i ricoveri per traumatismi (25; 5%; 3.8‰; -42%, $p < 0.05$).

Conclusioni. Si registra una diminuzione statisticamente significativa dei ricoveri sia complessivi che di stranieri. Aumentano tra gli stranieri i ricoveri per condizioni morbose perinatali; diminuiscono quelli per malattie dell'apparato respiratorio e per traumatismi. Nel complesso della popolazione 0-14 anni si evidenzia una diminuzione delle degenze per malattie dell'apparato respiratorio, malformazioni congenite e malattie dell'apparato digerente.

Bibliografia. Ministero della Salute. Attività di ricovero, 2007.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

ANALISI DEI FATTORI DI DISCORDANZA TRA LA MANTOUX E I NUOVI TEST IMMUNOLOGICI NEI BAMBINI IMMIGRATI

B.M. Bergamini¹, M. Codifava¹, C. Venturelli¹, B. Meccugni², M. Meacci², R. Farina¹, G. Tosetti¹, M.C. Molinari¹, G. Sighinolfi³, L. Iughetti¹

¹Scuola di Specialità in Pediatria, Dip. Materno Infantile Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, Modena

²Lab. di Microbiologia-Virologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, Modena

³Servizio di Pediatria di Comunità, AUSL Modena

Scopo. I TIGRAs (T-cell Interferon- γ Release Assays) hanno evidenziato un'alta sensibilità e specificità, ma sono ancora pochi gli studi che valutano l'accuratezza di questi test nella diagnosi di infezione tubercolare (ITL) in età pediatrica. Abbiamo comparato i risultati del QuantiFERON-TB Gold In Tube (QFT-IT) e del test cutaneo tubercolinico (TCT) nello screening di bambini immigrati da Paesi ad alta endemia prevalentemente vaccinati con BCG ed abbiamo indagato i fattori associati ai risultati discordanti.

Materiali e Metodi. Sono stati indagati tutti i bambini immigrati che nel triennio 2005-08 sono afferiti al servizio di Pediatria di comunità di Modena per l'esecuzione del TCT e che hanno riportato un diametro ≥ 5 mm. Le Linee Guida italiane considerano, in questi pazienti, un cut-off del TCT di ≥ 10 mm. Nel nostro lavoro abbiamo considerato "dubbio" un TCT tra 5 e 10 mm e "positivo" se ≥ 10 .

Risultati. 229 bambini sono stati indagati con TCT e QFT-IT. La concordanza è risultata modesta (63.3%, $k=0.25$), il QFT-IT non ha confermato il 51.4% dei TCT+, mentre ha individuato come + il 24.0% dei casi con TCT dubbio. I risultati discordanti TCT+/QFT-IT- si sono dimostrati ascrivibili al BCG, denotando una scarsa specificità del TCT. I risultati discordanti TCT-/QFT-IT+ sembrano attribuibili sia ad un cut-off elevato del TCT, sia all'imaturità immunologica dei bambini più piccoli.

Conclusioni. Il nostro studio conferma la necessità di strumenti migliori del TCT nello screening dei bambini immigrati, che consentano di evitare terapie inutili quando la positività al TCT è dovuta a BCG e di identificare correttamente come infetti anche i soggetti con TCT reattivo ma inferiore alla soglia "ufficiale". Il QFT-IT sembra offrire questa possibilità ed è auspicabile una loro maggiore diffusione sul territorio nazionale. Una strategia double-step screening (TCT, poi QFT-IT) utilizzando come soglia per la conferma un TCT di 5 mm è a nostro avviso la strategia vincente per contrastare efficacemente la ricomparsa della TB nei Paesi a bassa endemia.

Bibliografia. Pai M, Menzies D, Zwerling A. Systematic Review: T-Cell-based Assays for the diagnosis of Latent Tuberculosis Infection: An Update. Ann Intern Med.2008,Vol.149,3.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

PROGETTO SPERIMENTALE DI OFFERTA DI CIRCONCISIONE RITUALE MASCHILE (CRM) IN STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA (FVG)

R. Da Riol², J. Schleaf³, G. Canciani¹, F. Macagno², N. Coppola¹

¹Dir. Centrale Salute e Protezione Sociale, Regione FVG, Trieste

²S.O.C. Neonatologia, Az. O-U SSMM, Udine

³Dip. di Chirurgia, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

⁴Dir. Sanitaria, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

La CRM ha assunto particolare rilievo in Italia a seguito del crescente numero di immigrati provenienti da Paesi dove viene usualmente eseguita per motivi religiosi e/o culturali. La Regione FVG, appurata la liceità giuridica e la necessità di tutelare le fasce di popolazione pediatrica più a rischio di eseguire la CRM in condizioni sanitarie non sicure, ha deliberato (04.09.08) l'attuazione di un "Progetto sperimentale di offerta di CRM in FVG" che prevede per un anno: -offerta gratuita di CRM, presso una Struttura Sanitaria Pubblica (SSP) ai figli di immigrati residenti in FVG che ne facciano richiesta -studio epidemiologico e sociale sul fenomeno della CRM in FVG -stesura di documento finale contenente indicazioni per la successiva esecuzione di CRM in SSP regionali.

Metodi. Gli interventi di CRM sono stati eseguiti presso gli Ospedali: Burlo Garofolo di Trieste, SSMM di Udine e SSMA di Pordenone da personale ed in ambulatori dedicati, per favorire la relazione con i genitori (presenza di mediatori culturali) e la raccolta dei dati epidemiologici (questionari pre e post-intervento).

Risultati. Al 31.07.09, 26 bambini sono stati sottoposti a CRM (84% di età > 12 mesi). I genitori provengono da Paesi dell'Africa Sub-Sahariana (50%), da Paesi dell'Est-Europa (19%) e dal Nord Africa (4%). Il 23% delle coppie richiedenti sono miste, con uno dei partners italiano. La religione prevalente è la musulmana (50%) seguita dalla cristiana (31%). Gli aspetti più apprezzati del programma sono stati l'organizzazione (30%) e la sicurezza (19%).

Conclusioni. I dati evidenziano che la CRM è richiesta soprattutto da genitori stranieri di bassa condizione economico-sociale che, nel 20% dei casi, hanno fatto circoncidere gli altri figli maschi in Italia rivolgendosi a "circoncisori tradizionali" esponendoli a grave rischio di complicanze. La valutazione positiva, da parte dei genitori, dell'organizzazione e della sicurezza ci supporta nel continuare con tale metodologia di intervento potenziando ulteriormente l'attività di formazione del personale sanitario.

Bibliografia. Dickerman J: Circumcision in the Time of HIV: When Is There Enough Evidence to Revise the AAP Policy on Circumcision? Pediatrics Vol.119,5, May 07, 1006-7.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

INCIDENZA E PATOLOGIE NEI NATI DA GENITORI IMMIGRATI: ESPERIENZA DI UN BIENNIO NELLA NOSTRA UTIN

G. Corona, I. Formica, V. Cordaro, I. Barberi

Dip. di Scienze Pediatriche, U.O.C. Patologia Neonatale e TIN Università di Messina

Introduzione. In Europa si assiste a una crescente presenza di famiglie immigrate da paesi in via di sviluppo. Secondo le statistiche il numero di immigrati in Italia è salito a circa 3.800.000 (6.7% della popolazione), comportando variazioni significative per la nostra società. Il personale sanitario, sempre più a confronto con questa realtà, deve programmare interventi modulati sulle diverse esigenze del nato da madre straniera. Obiettivi. Analizzare l'incidenza delle patologie nei figli di immigrati, valutare le loro problematiche e attuare interventi preventivo-terapeutici.

Metodi. Studio retrospettivo dei nati nel biennio 2007-08. Sono stati valutati: nazionalità dei genitori, modalità del parto, età gestazionale, patologie neonatali e materne, percentuale di guarigione.

Risultati. I nati da madre straniera sono stati 101 (4.1% su 2434). Di questi, 22, 6 (27.2%) maschi e 16(72.7%) femmine, hanno necessitato di cure intensive (4.7% su 461). I genitori provenivano da 7 nazioni diverse: 6 (27.2%) dalla Romania, 5(22.7%) dal Marocco, 4(18.1%) dallo Srylanka, 3 (13.6%) dalla Tunisia, 2 (9%) dall'Albania, 1 (4.5%) dalle Filippine, 1(4.5%) dalla Nuova Guinea. I parti spontanei sono stati 9 (40.9%), 13 (59%) i tagli cesarei; 13 (59%) pretermine, 9 (40.9%) a termine. Il peso era >2500 g nel 66.6% dei casi, 1500-2499 g nel 20.8%, 1499-1000 g nell'8.3%, e <999 g nell'8.3%. Dei neonati analizzati 16 (72.7%) avevano patologia respiratoria, 5 (22.7%) patologia malformativa, 4 (18.1%) patologia cardiaca, 3 (13.6%) ittero, 3 (13.6%) patologia neurologica, 3 (13.6%) malattie genetiche, 2 (9%) sepsi, 2 (9%) altre infezioni, 2 (9%) patologia chirurgica, 1 (4.5%) patologia ematologica. 2 con madre HbsAg positiva sono stati trattati con profilassi attiva e passiva. La percentuale di guarigione è stata del 79,1%.

Conclusioni. Una quota importante di bambini in Italia è rappresentata da figli di immigrati, la cui integrazione nella realtà socio-sanitaria del nostro Paese va favorita. È necessario attuare strategie preventive e terapeutiche al fine di promuovere la tutela degli stranieri che è anche garanzia della salute di tutti noi.

Bibliografia. Immigrant pregnancy and neonatal morbidity. Domingo Puiggròs M et al, An Pediatr 2008 Jun;68(6):596-601.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

ESITI PERINATALI NEI NATI DA DONNE STRANIERE NEL LAZIO

S. Asole¹, R. Lucchini², S. Farchi³, A. Polo³, D. Di Lallo³, A. Morrone⁴, M. De Curtis²

¹Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Dip. Pediatria, Università La Sapienza, Roma

²Dip. Pediatria, Università La Sapienza, Roma

³Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

⁴Ist. Nazionale per la Salute, i Migranti e la Povertà, Roma

Introduzione. Gli esiti perinatali dei nati da donne immigrate sono peggiori rispetto alla popolazione generale [1]. Obiettivo. Esaminare i fattori di rischio perinatale nei nati da donne immigrate provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) nel Lazio.

Metodi. Sono stati analizzati i dati 2004-2005 dell'archivio dei nati e delle dimissioni ospedaliere nel Lazio (n=99697), limitatamente ai parti singoli. I bambini sono stati classificati in base al luogo di nascita della madre, Italia e PFPM. Questi ultimi sono stati distinti in 4 aree di nascita: Europa dell'Est (inclusi i Paesi attualmente UE), Africa, America centro-meridionale e Asia. Sono stati sviluppati due modelli di regressione logistica considerando come esito l'età gestazionale (<37 e >37) e come esposizione tutte le straniere nel primo modello e le 4 aree di nascita nel secondo modello. Età, parità, titolo di studio della madre e tipo di parto sono stati inclusi nei due modelli come potenziali confondenti.

Risultati. Coorte è costituita da 16.948 (17%) nati da donne straniere e 82.736 (83%) da italiane. Rispetto alle italiane le straniere sono più giovani (età media al parto: 28 vs 32), hanno un titolo di studio più basso (59,7% vs 40,3%), effettuano la 1a visita più tardivamente (9,8% vs 2% dopo la 12 settimana di gestazione), hanno percentuali maggiori di bambini pretermine (7,8% vs 5,7%), hanno più bambini di basso peso alla nascita (5,7% vs 4,6%), effettuano meno cesarei (33,6% vs 42,5%). Dal primo modello risulta che i figli delle donne straniere hanno una maggiore probabilità di nascita pretermine (Odds Ratio [OR]:1,51; IC95%:1,41-1,62). Nel secondo modello si osserva che tale probabilità è più elevata per i nati da donne dell'Europa dell'Est (OR:1,79; IC95%:1,65-1,94), dell'America Latina (OR:1,23; IC95%:1,05-1,46) e dell'Asia (OR:1,28; IC95%:1,09-1,49).

Conclusioni. Lo studio conferma un effetto negativo dell'immigrazione su un esito perinatale sfavorevole come la prematurità. L'analisi va approfondita in base ad fattori clinici, sociali e demografici. Il risultato ottenuto indica l'opportunità di un intervento di sanità pubblica rivolto a questa fascia di popolazione.

Bibliografia. 1. Bollini P et al. Soc Sci Med 2009;452-61.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

NEONATI CON MADRI ITALIANE E STRANIERE PORTATRICI DI VIRUS DELL'EPATITE B E C

E. Caristo, M. Zaffaroni, G. Di Dio, E. Tognato, P. Pizzi, L. Panigati, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara

Le nascite di bambini con genitori immigrati in Italia sono in costante aumento: 7 mila nel 1993, 49 mila nel 2004, oltre 63 mila nel 2007. I neonati di madri portatrici di Virus epatite B e C necessitano di cure specifiche. La prevalenza dell'HBsAg è pari a 1-1,3% della popolazione italiana. In regioni ad alta endemia (Estremo oriente, Africa subsahariana e Amazonia) i portatori cronici di HBV, sono il 10-25%, mentre in Nord America ed Europa Occidentale meno del 2%. L'infezione da HCV colpisce circa il 3% della popolazione mondiale con frequenza particolarmente elevata in alcuni paesi (Romania, Camerun e Egitto). Nel presente studio è stata valutata la percentuale di bambini nati a Novara negli ultimi sedici anni da madri italiane e straniere sieropositive per HBsAg e HCV-RNA. Nel periodo: gennaio 1993-agosto 2009 su un totale di 22.489 nascite, il 15,5% erano neonati figli di immigrati, originari da Paesi extracomunitari in via di Sviluppo. Epatite B: 227 bambini (1,01%) sono nati da madre HBsAg+. 126 erano italiani (0,66% degli italiani) mentre 101 erano provenienti da Paesi africani, Albania ed estremo oriente (2,9% degli stranieri). I neonati da madre HBsAg+ hanno ricevuto, previo consenso informato, Ig specifiche e vaccino anti HBV entro le prime 12 ore. Nel periodo di studio si è osservato che la percentuale delle madri italiane è diminuita progressivamente per effetto della maggior copertura vaccinale delle gestanti di età superiore a 25-30 anni, mentre è aumentata l'incidenza delle gestanti straniere HbsAg+ in seguito al crescente numero di donne in età fertile immigrata da Paesi dove non viene attuata la vaccinazione antiepatite B. Epatite C: 67 bambini (0,29%) avevano la madre portatrice di Virus dell'epatite C: 57 italiane (0,30%) e 10 straniere (0,29%) provenienti da Nord Africa, Russia, Albania, Romania e Pakistan. Tutti i neonati sono stati sottoposti a follow-up per la possibile trasmissione verticale dell'infezione. Attualmente 4 bambini risultano infetti dal virus HCV (2 italiani e 2 stranieri) altri 8 sono ancora in follow-up. Materiale informativo in diverse lingue e mediatrici culturali possono facilitare il follow-up dei bambini nati da madri straniere portatrici di Virus epatite B e C.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

PREVENZIONE DELLA ROSOLIA CONGENITA MEDIANTE VACCINAZIONE NEL POST-PARTUM ALLE MADRI RECETTIVE

E. Tognato¹, E. Caristo¹, G. Di Dio¹, M. Zaffaroni¹, S. Vajani¹, L. Panigati¹, P. Pizzi¹, M. Barengo², A. Esposito², G. Bona¹

¹*Clinica Pediatrica di Novara*

²*Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL-NO di Novara*

La rosolia è una malattia infettiva virale che nelle donne recettive in gravidanza può provocare complicanze gravi quali aborto spontaneo, malformazioni congenite al feto a carico del cuore, degli occhi e degli organi uditivi. Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, emanato nel 2003, si era posto l'obiettivo di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a un caso ogni centomila nati vivi entro il 2007. Attualmente ancora molte donne in età fertile sono recettive, in particolare fra le straniere di recente immigrazione. A Novara è in corso un progetto di prevenzione rivolto a tutte le donne risultate recettive al momento del parto (vengono considerate recettive le madri con titolo di IgG anti-Rosolia inferiore o uguale a 10 U/ml) alle quali viene proposta la vaccinazione nel post-partum. Essa viene eseguita alla puerpera in ospedale, previo consenso informato, dal personale del Punto Nascita, in occasione della visita di controllo post-dimissione del neonato. Le donne straniere vengono informate adeguatamente sui benefici e i rischi del vaccino e sui rischi della rosolia in gravidanza mediante l'ausilio delle mediatrici culturali. Nel periodo Dicembre 2007- Agosto 2009, su un totale di 3322 puerpere, 169 sono risultate recettive per rosolia: 75 straniere e 94 italiane (rispettivamente il 9,4% e il 3,7% del totale di donne straniere e italiane). Le straniere risultate recettive provenivano principalmente da Nord Africa, Europa dell'Est e Africa sub-Sahariana. 13 donne recettive hanno preferito non ricevere il vaccino nel post-partum rinviando l'immunoprofilassi oppure hanno rifiutato perché decise a non avere altre gravidanze in futuro. Tra le donne straniere, il 50,6% era primipara, 32% aveva un figlio, 17,4% aveva già 2 o più figli. Tra le italiane: 62,7% era primipara, 24,5% aveva un figlio, 12,8% aveva più figli. L'eradicazione della rosolia congenita richiede una continua azione di prevenzione per tutte le donne in età fertile, con particolare attenzione alle giovani immigrate. La vaccinazione nel post-partum è una strategia efficace e sicura, realizzabile in ogni Punto Nascita.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

OCCHIO AL SOVRAPPESO: UN PROGETTO PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ FRA I BAMBINI IMMIGRATI

G. Di Dio¹, M. Zaffaroni¹, E. Tognato¹, D. Gervino², P. Martinoli², A. Petri¹, E. Caristo¹, F. De Rienzo¹, I. Demarchi¹, G. Bona¹

¹*Clinica Pediatrica di Novara*

²*Direzione Sanitaria AOU Maggiore di Novara*

L'obesità infantile costituisce un serio problema di salute sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. La mancata prevenzione e cura del sovrappeso è correlata ad una maggiore incidenza di diabete mellito insulino-resistente e sindrome metabolica nell'adulto. Fra le attività di prevenzione dell'obesità infantile, presso la Clinica Pediatrica di Novara, è stato avviato il progetto "Occhio al sovrappeso" dedicato ai bambini di origine straniera ed alle loro famiglie. Il progetto ha come finalità: 1) identificare precocemente e prendere in carico i bambini in sovrappeso, sensibilizzando le famiglie a non sottovalutare i rischi correlati all'obesità; 2) fornire ai familiari adeguate conoscenze sull'alimentazione fin dalla nascita (allattamento al seno, modalità corrette di svezzamento e abitudini alimentari bilanciate); 3) formare adeguatamente il personale sanitario. Per tutti i bambini di origine straniera di età superiore a 4 anni che afferiscono agli ambulatori della Clinica Pediatrica viene determinato il BMI e compilato un questionario sulle abitudini alimentari. I bambini in sovrappeso ed obesi sono invitati ad eseguire un controllo clinico programmando una visita auxologica in presenza della mediatrice culturale o di personale parlante la lingua dei genitori (araba, cinese, albanese, inglese, turca, spagnola, rumena, francese) al fine di prendere in carico il bambino e di sensibilizzare la famiglia sui possibili futuri rischi di una obesità non adeguatamente curata. Attualmente fra i bambini di genitori immigrati, si è registrata un'alta percentuale di bambini con BMI elevato: 15,5% in sovrappeso e 23% obesi, appartenenti prevalentemente a famiglie provenienti da Paesi Nord africani, a fronte del 13% di obesi nella nostra popolazione all'età di 9-11 anni. Fra la popolazione immigrata l'eccesso ponderale non è percepito come potenziale fattore di rischio per la salute del bambino. Riteniamo quindi importante dedicare adeguata attenzione alla sensibilizzazione delle famiglie straniere al problema obesità mediante un approccio mirato in collaborazione con le mediatri culturali ed utilizzando diete che rispettino le tradizioni dei Paesi di provenienza.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

PROGETTO AURORA: AZIONI DI CONTRASTO E PREVENZIONE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

S. Ahmed Ali¹, M. Zaffaroni², L. Panigati², E. Caristo², G. Di Dio², E. Tognato², G. Bona²

¹Ass. ALMATERRA di Torino

²Clinica Pediatrica di Novara

L'OMS definisce come Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) tutti gli interventi eseguiti sui genitali esterni per motivi culturali e non terapeutici. L'OMS suddivide le MGF in 4 tipi: I) clitoridectomia; II) escissione; III) infibulazione; IV) ogni altra pratica lesiva per i genitali femminili a scopo non terapeutico. La pratica delle MGF è estesa a gran parte dell'Africa centrale e in alcune regioni in Asia e America latina. In Europa, in seguito ai flussi migratori provenienti da Paesi a tradizione escissoria negli ultimi anni, le MGF rappresentano un problema emergente e sono già stati segnalati diversi casi di bambine sottoposte alla pratica anche in Italia. La prevenzione efficace delle MGF prevede azioni di contrasto mediante la sensibilizzazione attiva delle minoranze etniche a tradizione rescissoria, mentre poco utili sono leggi specifiche punitive. Leggi specifiche per contrastare la pratica tradizionale delle MGF, sono state promulgate in molti Paesi del mondo, tuttavia risultano ancora disattese e parzialmente efficaci. Allo scopo di contribuire all'eliminazione delle pratiche delle MGF nelle comunità che provengono da Paesi a tradizione escissoria è in atto in Italia il Progetto Aurora. Il Progetto Aurora, finanziato dal Ministero per le Pari Opportunità, è stato promosso da Alma Terra di Torino in partnership con: GLNBI-SIP, Paralleli (TO), C.I.E. (TO), Cooperativa Azimut (AL), Centro salute donne straniere (BO), Associazione Sagal (TR) e Commissione Pari Opportunità (Regione Puglia). Il progetto Aurora ha proposto nell'ultimo anno una campagna nazionale di sensibilizzazione mediante spot radio-televisivi "Nessuno escluso", rappresentazioni teatrali con lo spettacolo "Chi è l'ultima?" e realizzato corsi di formazione dedicati a personale socio-sanitario e a mediatori culturali (10 corsi nel 2009). La collaborazione fra pediatri, associazioni coinvolte al Progetto Aurora e mediatori culturali può promuovere un approccio partecipativo al problema delle MGF attraverso il coinvolgimento dei componenti delle comunità interessate con l'obiettivo di elaborare strategie di sensibilizzazione per le famiglie e azioni di prevenzione a tutela dell'integrità delle loro bambine.

Bibliografia. www.aurora-iono.it

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

NEONATI DI GENITORI STRANIERI: ANDAMENTO DELLE NASCITE E SALUTE

A. Perino, M. Zaffaroni, G. Di Dio, E. Caristo, E. Tognato, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara

Negli ultimi decenni, tutti i Paesi industrializzati sono stati interessati dall'arrivo di un sempre maggior numero di persone immigrate provenienti da Paesi in Via di Sviluppo. All'inizio del 2009, gli stranieri soggiornanti in Italia erano stimati circa 4 milioni, rappresentando oltre il 6% della popolazione generale. Il dato è destinato ad aumentare per continui arrivi di nuovi immigrati, ricongiungimento familiare, aumento delle nascite (matrimoni fra immigrati, famiglie ricongiunte, nuove coppie miste). Questi neonati contribuiscono certamente a contenere il calo di natalità che ha relegato l'Italia all'ultimo posto fra i paesi industrializzati. Nel 2007 in Italia sono nati 563.933 bambini di cui 64.049 figli di immigrati, nello stesso anno in Piemonte su 37.779 neonati, 8.352 sono figli di donne straniere (22,1%). Sono ancora numerose le donne straniere che partoriscono senza avere eseguito esami e controlli clinici durante la gravidanza, con maggior rischio di morbilità e mortalità perinatale. In particolare, in Piemonte le nascite fra gli stranieri ad età gestazionale < a 26 settimane sono 3 volte superiori (0,27 % vs 0,08 %) e il tasso di mortalità neonatale è quasi doppio rispetto ai nati da madri italiane (5,4 vs 3,2 per mille nati vivi). A Novara la percentuale di bambini nati da genitori stranieri è aumentata negli ultimi anni, passando dal 3% nella prima metà degli anni '90, al 10% nel 2000, al 28% nel 2008. Allo scopo di valutare l'incidenza di patologie neonatali nella popolazione straniera sono stati confrontati tre periodi di 18 mesi nell'ultimo decennio; a fronte di un aumento del numero dei neonati di genitori stranieri abbiamo riscontrato una riduzione del numero dei bambini ricoverati per patologia (20,7% nel 2000-2001, 21,5% nel 2004-2005, 19,1% nel 2008-2009). Nel 2006 è stata effettuata nella provincia di Novara una campagna di sensibilizzazione multilingue rivolta a tutte le donne immigrate con l'invito a presentarsi ai consultori in corso di gravidanza per ricevere gratuitamente l'assistenza prevista. La tutela della salute materna e un adeguato controllo delle gravidanze può contribuire a contenere l'incidenza di morbilità perinatale legata alle malattie infettive materne e al parto pretermine.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

INFEZIONI CONNATALI E DIAGNOSI TARDIVE O MISCONOSCIUTE NEL NEONATO DI MADRE IMMIGRATA

R. Mormile¹, B. Guida², A. Orsini¹, M. Grimaldi¹, P. Del Mastro¹, F. Pascarella¹, G. Golia¹, A. Cantelli³, S. Vendemmia¹, L. Cantelli¹

¹UOC di Neonatologia e Pediatria P.O. San G. Moscati Aversa

²Radiologia P.O. San G. Moscati Aversa

³Radiologia P.O. San Giuliano, Giuliano

Introduzione. L'Italia si è trasformata in una società multiculturale a partire dagli anni '80. L'aumento significativo delle varie etnie è correlato alle nascite di figli da madri immigrate con una prevalenza di circa il 10.3% del totale dei nuovi nati. Rumene, cinesi, africane, bengalesi, filippine fanno parte integrante della realtà del nostro paese. Nonostante in Italia le Leggi in tema di immigrazione abbiano definito alcune garanzie in termini di accesso ai diritti sociali e ai benefici del sistema di welfare, lo scenario infettivologico italiano è caratterizzato dalla recrudescenza di malattie che si pensava oramai debellate come la TBC la lue, l'HBV, CMV, HIV perché generalmente le donne immigrate presentano la mancanza totale di una storia ostetrica e di controlli sia ematochimici che strumentali per tutto il decorso della gravidanza. Nella gran parte dei casi tali infezioni connatali, spesso silenti alla nascita, come il CMV, restano misconosciute in questa categoria di neonati con la perpetuazione del processo patologico e danni irreparabili per il singolo e la collettività essendo malattie diffuse.

Casi clinici. 1) SM 3M. Etnia rumena. Gravidanza non controllata. SGA. Giungeva in PS per tosse. Note di cerebropatia grave. TAC cranio compatibile con esiti gravi di infezione connatale da CMV. 2) SF.PS. Etnia ucraina. Non eseguiti controlli in gravidanza. Esame obiettivo compatibile con sospetta lue connatale confermata dal TPHA estremamente positivo. 3) SM. PS. SGA. Etnia rumena. Madre con TBC. Avviato follow-up.

Conclusioni. Sarebbe auspicabile inserire il TORCH, il TPHA e la Mantoux in ogni neonato di madre immigrata con gravidanza non controllata. Una diagnosi tempestiva permetterebbe di migliorare la vita di un bambino salvaguardando anche l'interesse della collettività. Ogni neonato con evidenza di infezione connatale dovrebbe essere sottoposto ad un follow-up a medio e lungo termine. Si dovrebbero reclutare mediatori culturali, per facilitare il contatto tra operatori sanitari e popolazione straniera organizzando incontri con le gravide per renderle esaustivamente edotte circa la necessità di indagini seriate nel corso della gestazione e alla possibilità di poterli eseguire gratuitamente presso i centri del SSN di riferimento.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

LE PARASSITOSI DI INTERESSE PEDIATRICO RISULTATI PRELIMINARI SU 4280 SOGGETTI PROVENIENTI DA AREE ENDEMICHE 1990-2007

G. Zavarise¹, S. Provera¹, C. Zanotto¹, M. Baldissera³, M. Anselmi², S. Ilic¹, G. De Stefano¹, A. Deganello¹

¹*Divisione di Pediatria Ospedale Sacro Cuore Negrar (VR)*

²*Centro Malattie Tropicali Ospedale San Giovanni Calabria Negrar (VR)*

³*Pediatra di Famiglia*

Le parassitosi intestinali costituiscono un importante problema di salute pubblica, in particolare nei paesi in via di sviluppo, dove il basso livello socio-economico, la scarsa igiene e il clima ne favoriscono la diffusione. Esse figurano tra le maggiori cause di morbidità nei bambini tra 3 e 14 anni, potendo indurre malassorbimento di nutrienti, con effetti a lungo termine sulla crescita staturale e sullo sviluppo cognitivo. Abbiamo valutato la numerosità e la prevalenza in un campione di 4280 pazienti delle parassitosi intestinali nel periodo 1990-2007. Il campione in esame è costituito da soggetti che su indicazione medica (su base anamnestica o clinica) si sono sottoposti ad indagine parassitologica eseguita presso il laboratorio di Malattie Tropicali dell'ospedale di Negrar (VR). Le infestazioni da ossiuri sono escluse dalla casistica. Per ogni paziente è stata condotta l'indagine coproparassitologica, utilizzando la raccolta a giorni alterni di 5 campioni fecali ed eventuale ricerca di antigene Giardia ed amebico. Dei pazienti testati, 709 soggetti, pari al 16.6% del totale, sono risultati positivi per una o più parassitosi. Di questi, 525 pazienti (74.1%) hanno presentato una monoparassitosi, 184 pazienti (25.9%) una poliparassitosi. Le infezioni da protozoi sono risultate più frequenti delle infestazioni da elminti. Il parassita di più comune riscontro è stato Giardia lamblia (282 casi); in ordine di frequenza seguono: Amebiasi miste (194 casi), Hymenolepis nana (119 casi), Trichuris trichiura (115 casi), Entamoeba histolytica (67 casi), Strongyloides stercoralis (56 casi), Ascaris lumbricoides (48 casi), Ancylostomatidi (29 casi), Schistosoma mansoni (18 casi), Taenia sp. (8 casi). Per quanto concerne la tipologia dei pazienti parassitati, 358 (50.5%) sono soggetti immigrati, 309 (43.6%) sono bambini adottati, 20 (2.8%) sono viaggiatori in aree endemiche, 22 (3.1%) sono italiani con anamnesi negative per viaggi in paesi endemici. Nonostante i limiti di uno studio retrospettivo la numerosità e la varietà della casistica riscontrata sono indicative di un problema sanitario crescente a cui il pediatra e le strutture sanitarie in generale devono prepararsi affinando le capacità diagnostiche e terapeutiche.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

COME SI AMMALANO I BAMBINI AFRICANI DATI DELLA PEDIATRIA D'URGENZA DELL'OSPEDALE INFANTILE DI TORINO E DELLA PÉDIATRIE SOCIALE M. ULMER DI JOAL-FADIOUTH (SENEGAL)

I. Tardivo¹, C. Bondone¹, F. Negro¹, E. Niane Diouf², A. Urbino¹

¹Pediatria d'Urgenza, Osp. Infantile Regina Margherita, Torino

²Pédiatrie Sociale M. Ulmer di Joal-Fadiouth, Senegal

Obiettivo. Bisogni e patologie dei bambini africani cambiano in relazione all'ambiente in cui nascono e crescono. Nell'area di Torino i minori immigrati sono 35.293, 10.2% della popolazione minorile (dati ISTAT 2007). La popolazione del Senegal è di circa 12.000.000 di persone, di cui il 42% ha meno di 14 anni (dati OMS 2007); il distretto di Joal-Fadiouth raccoglie circa 1.000.000 di persone. Scopo del lavoro è raffrontare l'esperienza presso l'Ospedale Infantile di Torino e la Pediatria di Joal in Senegal. Abbiamo revisionato le cartelle cliniche di Pronto Soccorso (PS) del 2007 a Joal, e quelle del periodo luglio 2007-giugno 2008 a Torino.

Risultati. Gli accessi alla Pediatria di Joal sono stati 13.108. Patologie più frequenti erano: respiratorie (13%), malaria (12%), ORL (8%), gastrointestinali (4%), neonatali(3%), anemia (2%) e infezioni SNC (0.5%). I ricoveri sono stati 849 (6.4%), 60 i decessi (7%). Gli accessi al PS pediatrico di Torino sono stati 47155, di cui 2186 (4,6%) di bambini africani. Le etnie più rappresentate erano: Marocco, Egitto, Nigeria; 34 erano bambini senegalesi. 1829 accessi sono stati di bambini africani nati a Torino, 342 di bambini africani nati in Africa, poi immigrati, 15 di bambini nati in Africa con cittadinanza italiana. I ricoveri nei 3 gruppi sono stati: 13,9%, 10,5% e 6,7%; non ci sono stati decessi. Abbiamo riscontrato: traumatismi (13,8% nel primo gruppo, 17,8% nel secondo, 13,3% nel terzo), cerebropatie (1% nel primo, 1,8% nel secondo), patologie metaboliche (0,4% nel primo, 1,2% nel secondo), esiti di sofferenza perinatale (0,1% nel primo, 0,9% nel secondo), patologie ematologiche (0,5% nel primo, 0,9% nel secondo); 5 casi di malaria, 2 di tubercolosi, 3 di abuso/maltrattamento. Tra i bambini senegalesi abbiamo avuto: traumi (16,2%), patologia ematologica (2,7%).

Conclusioni. Tra i bambini africani torinesi, quelli nati in Africa hanno maggior frequenza di cerebropatie, per patologie metaboliche tardivamente riconosciute e sofferenza perinatale. Nel bambino africano va considerata la diagnosi di malaria e patologie ematologiche; peraltro tra i bambini senegalesi di Torino non abbiamo trovato malaria, maggior causa di morbilità nel Paese di origine. Nessun caso di decesso è avvenuto a Torino, contro il 7% in Senegal.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

CIRCONCISIONI MASCHILI: UNA REALTÀ EMERGENTE

V. Agarla¹, M. Zaffaroni¹, L. Mondo², G. Bona¹

¹*Clinica Pediatrica di Novara*

²*Regione Piemonte*

Con il termine di circoncisione maschile si intende l'asportazione dell'anello prepuziale dell'organo sessuale maschile. La circoncisione maschile è oggi ampiamente effettuata in molti stati sia per motivazioni religiose, sia per il diffondersi della convinzione degli effetti benefici di tale pratica: negli USA vengono circoncisi circa il 60% dei soggetti di sesso maschile, in Canada il 25%, in Australia il 10%, in Africa oltre l'80% e nei paesi arabi oltre il 90%. Nella religione ebraica la circoncisione maschile è segno dell'Alleanza di Abramo con Dio e deve essere effettuata all'ottavo giorno di vita, pena l'esclusione dalla comunità. Anche nella tradizione islamica la circoncisione viene praticata prima della pubertà e rappresenta un atto di purificazione ed alleanza. Il Comitato Nazionale di Bioetica classifica le circoncisioni maschili in categorie: terapeutica, profilattica, rituale e circoncisione effettuata per altri motivi (solitamente estetici). In Italia non si hanno dati riguardo i diversi tipi di circoncisioni, tuttavia lo studio degli interventi di fimosi in età pediatrica può aiutare a comprendere il fenomeno. Nella Regione Piemonte nel periodo 2000-2008 sono stati effettuati 9765 interventi di fimosi: 9184 in ragazzi italiani (0-19 anni), e 581 in coetanei di cittadinanza non italiana. Negli italiani il maggior tasso di intervento si registra tra il 1° ed il 9° anno di vita (tasso 1-9 anni: 732,5 x 100.000) mentre tra gli stranieri si registra nei primi 4 anni di vita (tasso 0-4 anni 82,25 x 100.000). Il Comitato Nazionale di Bioetica, ritenuta la circoncisione rituale maschile compatibile con quanto disposto dall'Articolo 19 della Costituzione Italiana che riconosce la completa libertà di espressione culturale e rituale, ha sottolineato che l'intervento deve essere sempre praticato da un medico in una struttura sanitaria adeguata per evitare complicanze invalidanti e conseguenze drammatiche delle pratiche clandestine. È necessario pertanto promuovere iniziative di informazione e sensibilizzazione dei genitori per contrastare il fenomeno della circoncisione rituale clandestina.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

CIRCONCISIONI RITUALI MASCHILI: PROGETTI PILOTA IN PIEMONTE E FRIULI VENEZIA GIULIA

L. Mondo², R. Da Riolo³, M. Zaffaroni¹, V. Agarla¹, G. Bona¹

¹*Clinica Pediatrica di Novara*

²*Regione Piemonte*

³*Regione Friuli Venezia Giulia*

La Pediatria Italiana negli ultimi anni deve confrontarsi con riti, tradizionali e religioni provenienti da tutto il mondo, fra questi la pratica delle circoncisioni rituali maschili. Nel 2008 i decessi di due piccoli bambini (uno di Treviso ed uno di Bari) dovuti ad interventi di circoncisione rituale effettuati tra le mura domestiche, aprirono un dibattito sulla realtà tristemente emergente delle circoncisioni clandestine. La vigente legislazione sanitaria pone la circoncisione rituale tra le "Prestazioni totalmente escluse dai LEA". L'intervento eseguito in ospedale, dovrebbe avere solo un'indicazione medica (fimosi). Di norma attualmente le famiglie possono effettuare il rito solo a pagamento o programmando un viaggio nel paese d'origine. Quando la famiglia non può affrontare la spesa dell'operazione o del viaggio è costretta a rinunciare al rito. In alcuni casi trova la soluzione nell'eseguire la circoncisione rituale clandestinamente a domicilio con alti rischi e gravi esiti. Di fronte a queste realtà, al fine di contrastare il fenomeno delle circoncisioni clandestine, le Regioni Piemonte e Friuli Venezia Giulia, hanno realizzato progetti mirati proponendo di eseguire interventi gratuiti di circoncisione rituale su figli di immigrati residenti che ne avessero fatto richiesta. Nel 2007 un progetto pilota in Piemonte, ha permesso di eseguire 123 interventi di circoncisione in regime di day surgery, presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, a bambini di età compresa tra 1-12 anni residenti in regione. Nel 2009 anche in Friuli Venezia Giulia è in atto un progetto simile; sono già stati eseguiti gratuitamente 30 interventi nelle strutture sanitarie pubbliche coordinate dall'Istituto "Burlo Garofalo" di Trieste in soggetti tra 0-18 anni residenti nella regione. Il costo di tali progetti è inferiore alla gestione delle emergenze dovute alle complicanze delle circoncisioni clandestine, ed evita alle famiglie straniere il ricorso a strutture sanitarie private a costi molto alti inaccessibili. Alla luce dei risultati ottenuti dai progetti pilota si può ritenere opportuno proporre progetti simili anche in altre regioni al fine di proteggere i bambini da pratiche ad alto rischio eseguite clandestinamente.

TORNA ALL'INDICE

BAMBINO IMMIGRATO

L'IMMUNITÀ VERSO I COMUNI ANTIGENI VACCINALI NEI BAMBINI ADOTTATI CON PROCEDURA INTERNAZIONALE: L'ESPERIENZA DEL CENTRO POST ADOZIONE DI BOLOGNA

T. Belotti¹, V. Dell'Omo¹, M.L. Tanzi², M. Masi¹

¹*U.O. Pediatria Masi, Dip. Scienze Pediatriche, Ostetriche, Ginecologiche, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna*

²*Dip. Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università di Parma*

Obiettivo. Un crescente numero di bambini adottati con procedura internazionale giunge ogni anno in Italia (3977 nel 2008 di cui 299 in Emilia Romagna). Uno dei maggiori problemi è l'inserimento dei bambini all'interno dei percorsi vaccinali, perché non sempre la documentazione delle vaccinazioni è corrispondente all'effettiva copertura. Il "Protocollo per la tutela della salute psicofisica dei bambini adottati" della Regione Emilia Romagna [1] suggerisce indicazioni utilizzabili dai Servizi per ciascuna vaccinazione. Obiettivo del nostro studio è verificare l'adeguatezza di tali indicazioni nei bambini pervenuti presso il nostro Centro. È stata valutata la concordanza tra documentazione delle vaccinazioni effettuate nel Paese di origine ed effettiva copertura in bambini giunti presso il nostro Ambulatorio Post-Adozione Internazionale dal Novembre 2007 ad oggi. Sono state valutate le titolazioni anticorpali per le seguenti vaccinazioni: anti-Tetano, anti-Morbillo, anti-Parotite, anti-Rosolia (ELISA); anti-Epatite B (chemiluminescenza); anti-Poliomielite (neutralizzazione). Risultati/Discussione. Per la vaccinazione anti-Tetano e anti-Epatite B la concordanza tra documentazione riportata e reale copertura vaccinale risulta rispettivamente del 69% e del 63%. Per tale motivo è ragionevole continuare a verificare la sierologia per entrambi i titoli prima di procedere o meno alla vaccinazione, in particolare per il tetano, considerati i rischi dell'eccesso di inoculi. Anche per la Poliomielite si conferma scarsa corrispondenza (60%). Considerato che la titolazione anticorpale dei diversi ceppi di Poliovirus non è né di semplice esecuzione né routinaria, si conferma l'indicazione, già presente nel protocollo, di ripetere il ciclo vaccinale, anche alla luce del fatto che non ci sono rischi da sovradosaggio. Complessivamente buona la concordanza per le vaccinazioni antimorbillo (94%), antirosolia (97%) e antiparotite (73%). Questi risultati erano generalmente conseguenti ad un solo inoculo. Considerato che il protocollo suggerisce di offrire comunque il secondo inoculo, si può presumere che in tutti i casi verrà ottenuta una copertura adeguata.

Bibliografia. 1. www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/infanzia/adozioni/protocollo.htm

TORNA ALL'INDICE