



Accoglienza Sanitaria del Bambino da Adozione Internazionale: Dati di uno Studio Multicentrico Italiano GLNBM SIP

Chiappini E¹, Zaffaroni M², Bianconi M¹, Veneruso G¹, Grasso N², Garazzino S³, Arancio R⁴, Valentini P⁵,
Ficcadenti A⁶, Da Rioli RM⁷, La Placa S⁸, Galli L¹, de Martino M¹, Bona G².

1) Dipartimento di Scienze Mediche - Ospedale Pediatrico Meyer, Università di Firenze, Firenze; 2) U.O.C. di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro - IRCAD (Interdisciplinary Research Center of Autoimmune Diseases), Novara; 3) Dipartimento di Pediatria, Università di Torino, Ospedale Pediatrico Regina Margherita, Torino; 4) Clinica Pediatrica, Ospedale San Paolo, Milano; 5) U.O.C. di Malattie Infettive Pediatriche, Dipartimento di Pediatria, Università Cattolica Ospedale A. Gemelli, Roma; 6) U.O.C. di Pediatria, Dipartimento di Scienze Cliniche, Politecnico Università delle Marche, Ospedali Riuniti, Presidio Salesi, Ancona; 7) Dipartimento di Pediatria, Ospedale Sant'Antonio, San Daniele del Friuli; 8) Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo.

New York 1989 UN Convention of the Rights of the Child (CRC)

1991 "Legge 174/1991"

1992

**Determinanti sociali
Fattori di rischio, di
vulnerabilità sociale e
sanitaria**



- *Figli di immigrati nati in Italia*
- *Immigrati con i genitori*
- *Nati in Italia con una lunga prolungata separazione dai loro genitori*
- *Bambini adottati*
- *Bambini Rom/Sinti*
- *Figli di rifugiati*
- *Minori non accompagnati*
- *Minori non accompagnati richiedenti asilo*

www.glnbi.org

GLNBM-SIP Network

Torino – OIRM ✓

Novara ✓

Verbania ✓

Milano - S.Carlo

Milano-S.Paolo ✓

Tradate (VA) ✓

Negrar (VR)

Pordenone ✓

Treviso

Firenze – Meyer ✓

Bologna

Ancona ✓

Roma – Gemelli ✓

Roma INMP

Pescara

Napoli

Bari

Lecce ✓

Palermo ✓

Lanciano



Centri GLNBIM per la prima
accoglienza sanitaria del
bambino adottato all'estero



www.glnbi.org



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

Roma , 30 Novembre 2013

Pur riconoscendo come centrale **la figura del pediatra**, la strutturazione in diversi livelli d'intervento permette anche al medico non pediatra, di utilizzare queste indicazioni **“in scienza e coscienza”**, adattandole a ognuna delle suddette tipologie e, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, al singolo bambino.

*«Percorsi diagnostico assistenziali di prima accoglienza nell'ambito dei quali **tutte le varie tipologie di bambini** possano rientrare e che conducano al più presto **all'inclusione nel SSN in un'ottica di equità**»*

www.glnbi.org

Ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute non positive, sia **sui bisogni specifici del singolo** sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Competenza culturale

Razionalizzazione delle risorse

OBIETTIVO DELLO STUDIO



Valutare lo stato di salute dei bambini adottati provenienti dall'Africa

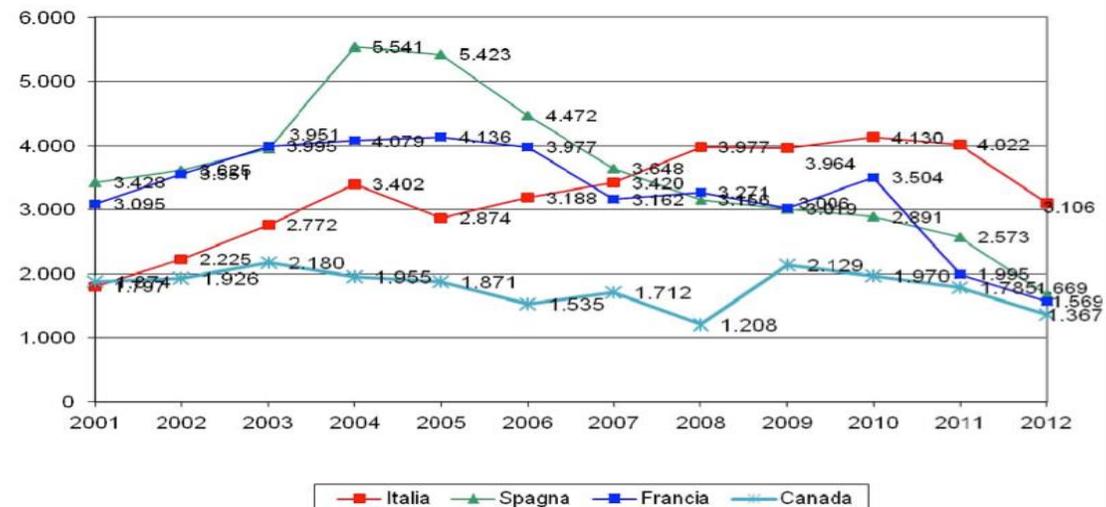
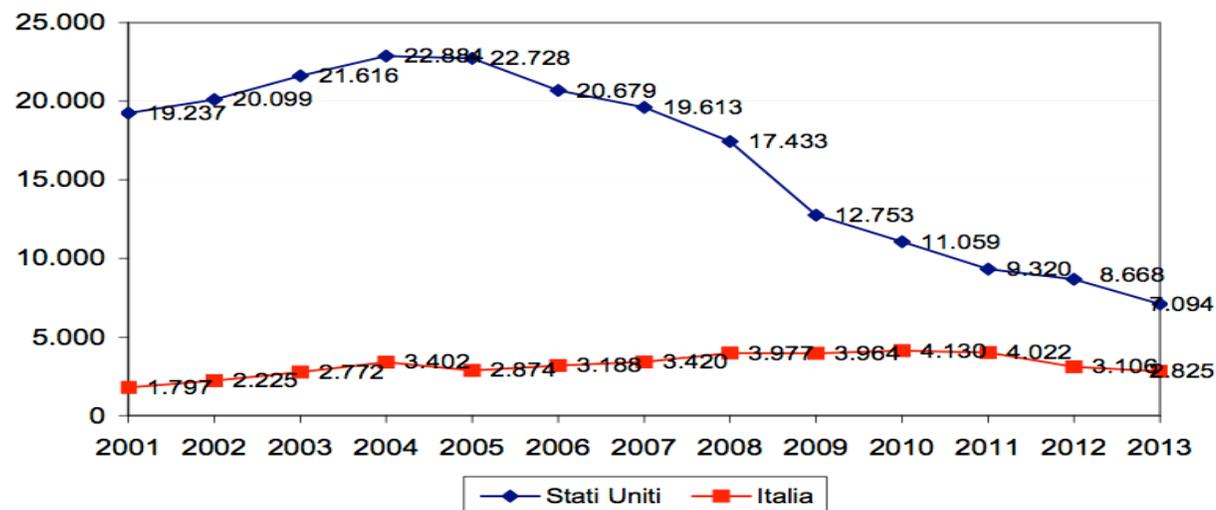
attraverso uno studio multicentrico retrospettivo

Coinvolgendo la rete GNLBM

Bambini adottati



In Italia dal 2000 al 2013
sono entrati per adozione internazionale
42.048 bambini da 33.820 coppie (1,24/coppia)



Nel 2010 il numero piu' alto di adozioni (3.241 coppie che hanno adottato 4.130 bb)
Negli ultimi 5 anni in Italia il numero delle adozioni internazionali è complessivamente calato di oltre il 40%

L'Italia tra i principali Paesi dell'adozione: **calo nel** 2013 del 18% in Francia; del 14% in USA e del 9% in Italia

Le coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri a scopo adottivo sono state **1.548 nel corso del 2016 e 1.168 nel più recente 2017.**



Sono entrati a scopo adottivo nel nostro Paese rispettivamente 1.872 e 1.439 minori (in media 1,2 minori per coppia all'anno).



L'Italia in controtendenza rispetto al calo delle adozioni internazionali di tutti gli altri Paesi di accoglienza

Paese \ Anno	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015 su 2014
Stati Uniti	22.884	22.739	20.679	19.613	17.438	12.753	12.149	9.320	8.668	7.094	6.441	5.648	-12,3%
Italia	3.402	2.874	3.188	3.420	3.977	3.964	4.130	4.022	3.106	2.825	2.206	2.211	+0,23%
Spagna	5.541	5.423	4.472	3.648	3.156	3.006	2.891	2.573	1.669	1.191	824	np	
Francia	4.079	4.136	3.977	3.162	3.270	3.017	3.508	2.003	1.569	1.343	1.069	815	-23,8%
Canada	1.949	1.858	1.568	1.715	1.614	1.695	1.660	1.516	1.162	1.243	905	np	
Germania	749	721	662	783	718	606	524	624	452	289	227	np	
Paesi Bassi	1.307	1.185	816	782	767	682	705	528	488	401	354	np	
Svezia	1.109	1.083	879	800	793	912	729	630	466	341	345	np	
Danimarca	528	586	450	426	395	496	419	338	219	176	124	np	
Svizzera	567	389	410	394	367	349	388	367	314	280	226	np	

Legenda

np: non pervenuto, ossia i relativi Paesi non hanno ancora reso pubblici i dati statistici per l'anno 2015.



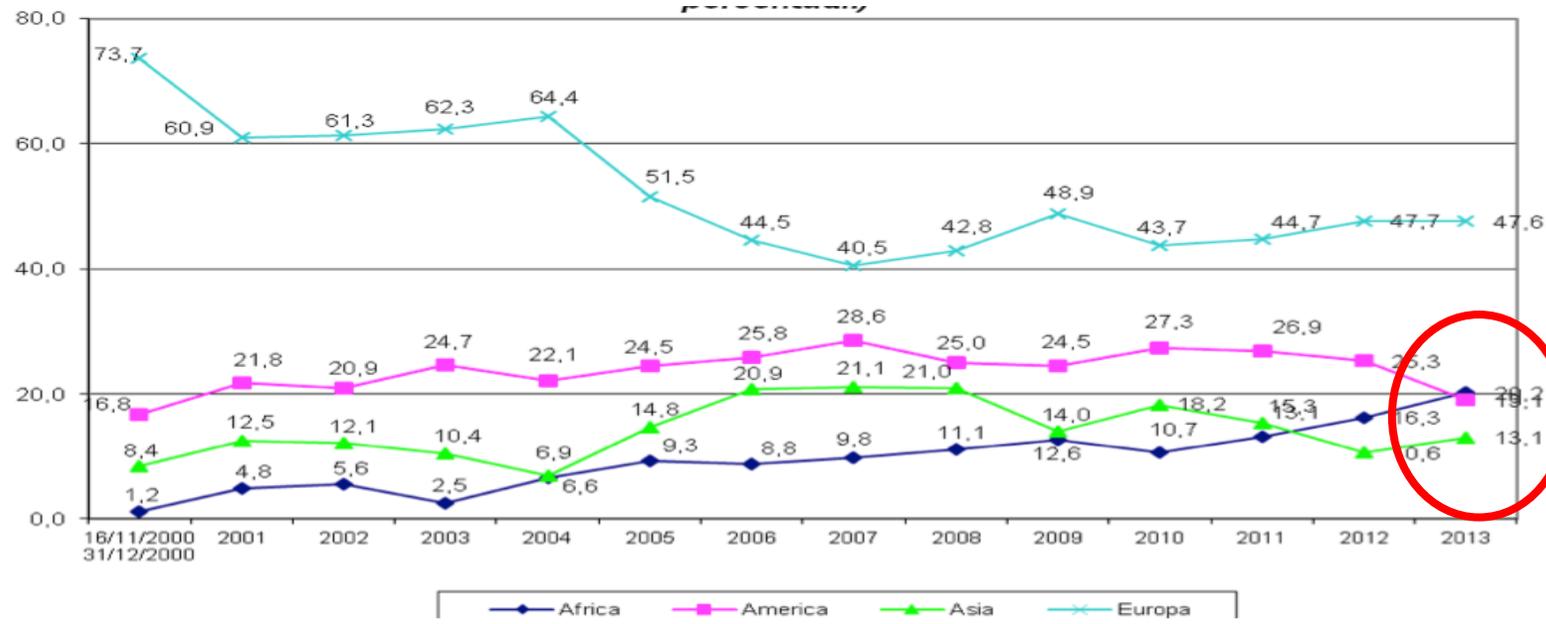
CAI – Report statistico 2013



Bambini adottati Paesi di Provenienza

Minori per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia per il continente di provenienza e anno.
Anno 2013

Continente	Anni					Totale
	2000 ⁽¹⁾ -2005	2006-2010	2011	2012	2013	
valori assoluti						
Africa	778	1.998	527	507	572	4.382
America	3.056	4.899	1.082	786	539	10.362
Asia	1.469	3.530	617	330	369	6.315
Europa	8.113	8.252	1.796	1.483	1.345	20.989
Totale	13.416	18.679	4.022	3.106	2.625	42.048



Nel 2013 i bambini africani adottati erano **463**: **il 20,2%** del totale. **In crescita** rispetto al **16,3%** del 2012 e al **5,8%** del 2000-2005.



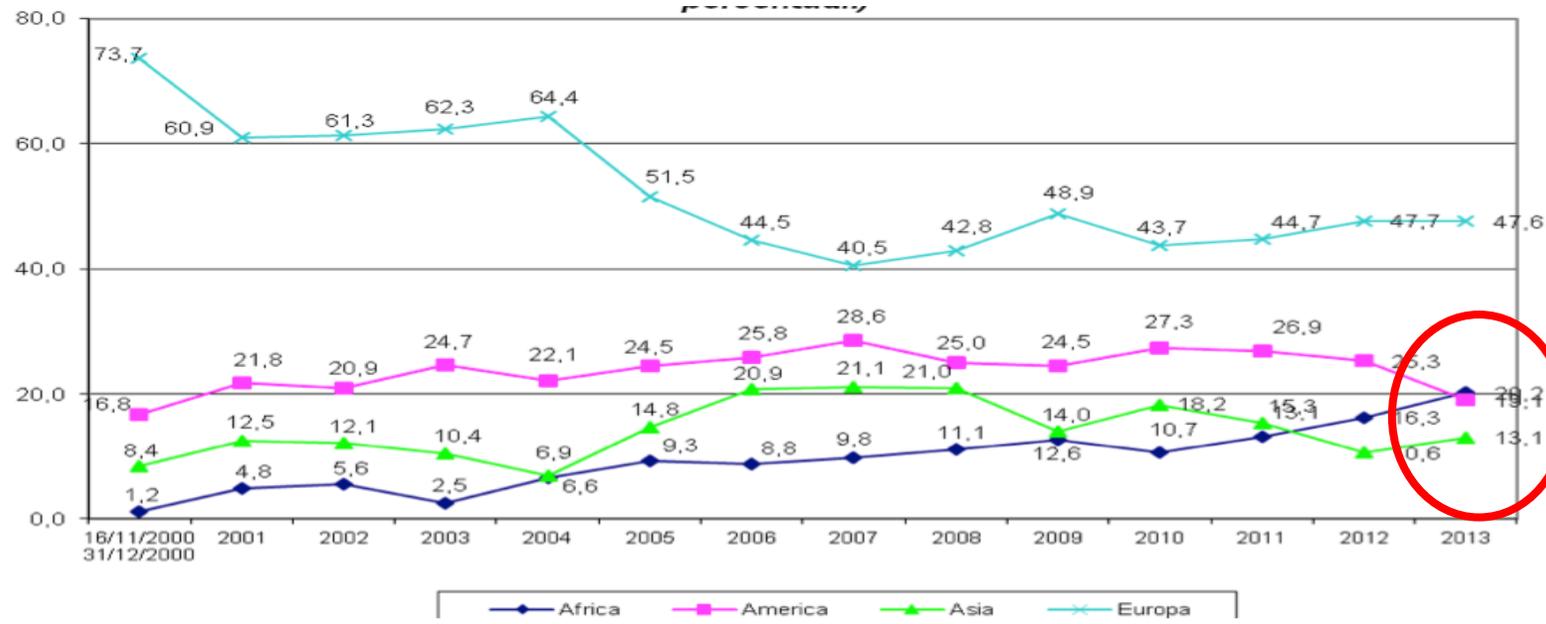
CAI – Report statistico 2013



Bambini adottati Paesi di Provenienza

Minori per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia per il continente di provenienza e anno.
Anno 2013

Continente	Anni					Totale
	2000 ⁽¹⁾ -2005	2006-2010	2011	2012	2013	
valori assoluti						
Africa	778	1.998	527	507	572	4.382
America	3.056	4.899	1.082	786	539	10.362
Asia	1.469	3.530	617	330	369	6.315
Europa	8.113	8.252	1.796	1.483	1.345	20.989
Totale	13.416	18.679	4.022	3.106	2.625	42.048

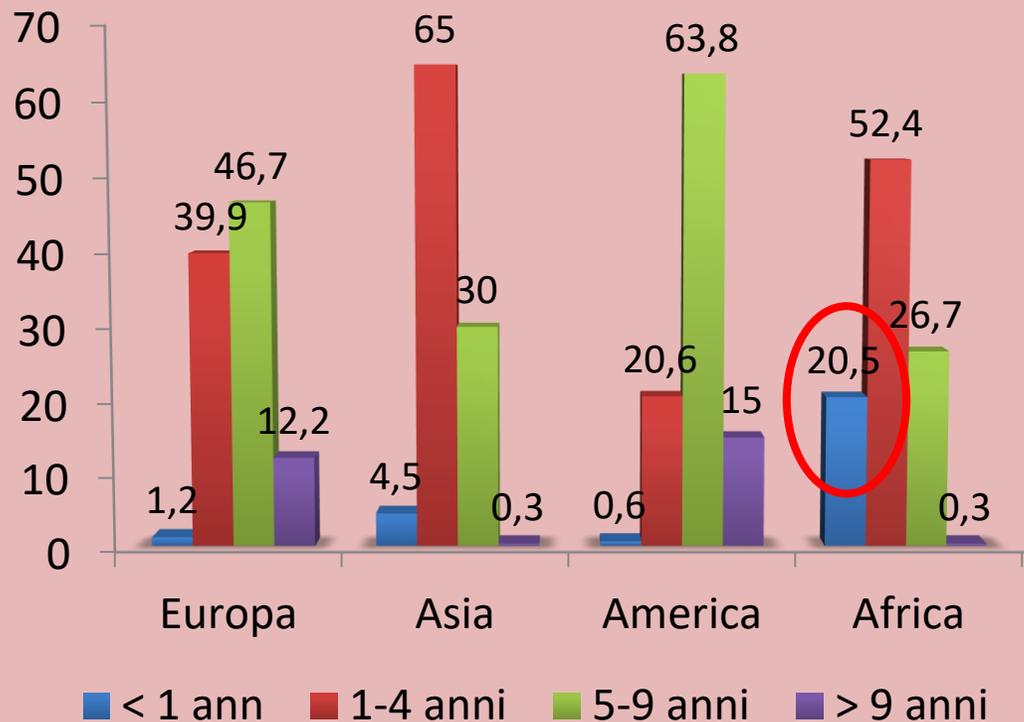


Nel 2013 i bambini africani adottati erano **463**: **il 20,2%** del totale. **In crescita** rispetto al **16,3%** del 2012 e al **5,8%** del 2000-2005.

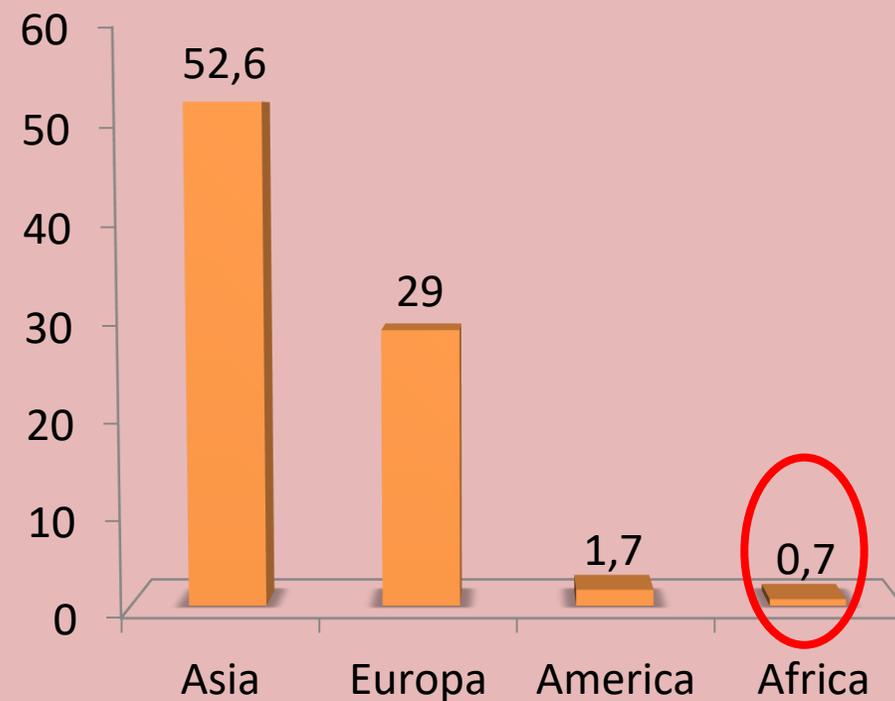




Età all'arrivo in Italia in base al Continente di provenienza



Percentuale di bambini con bisogni speciali o particolari



METODI

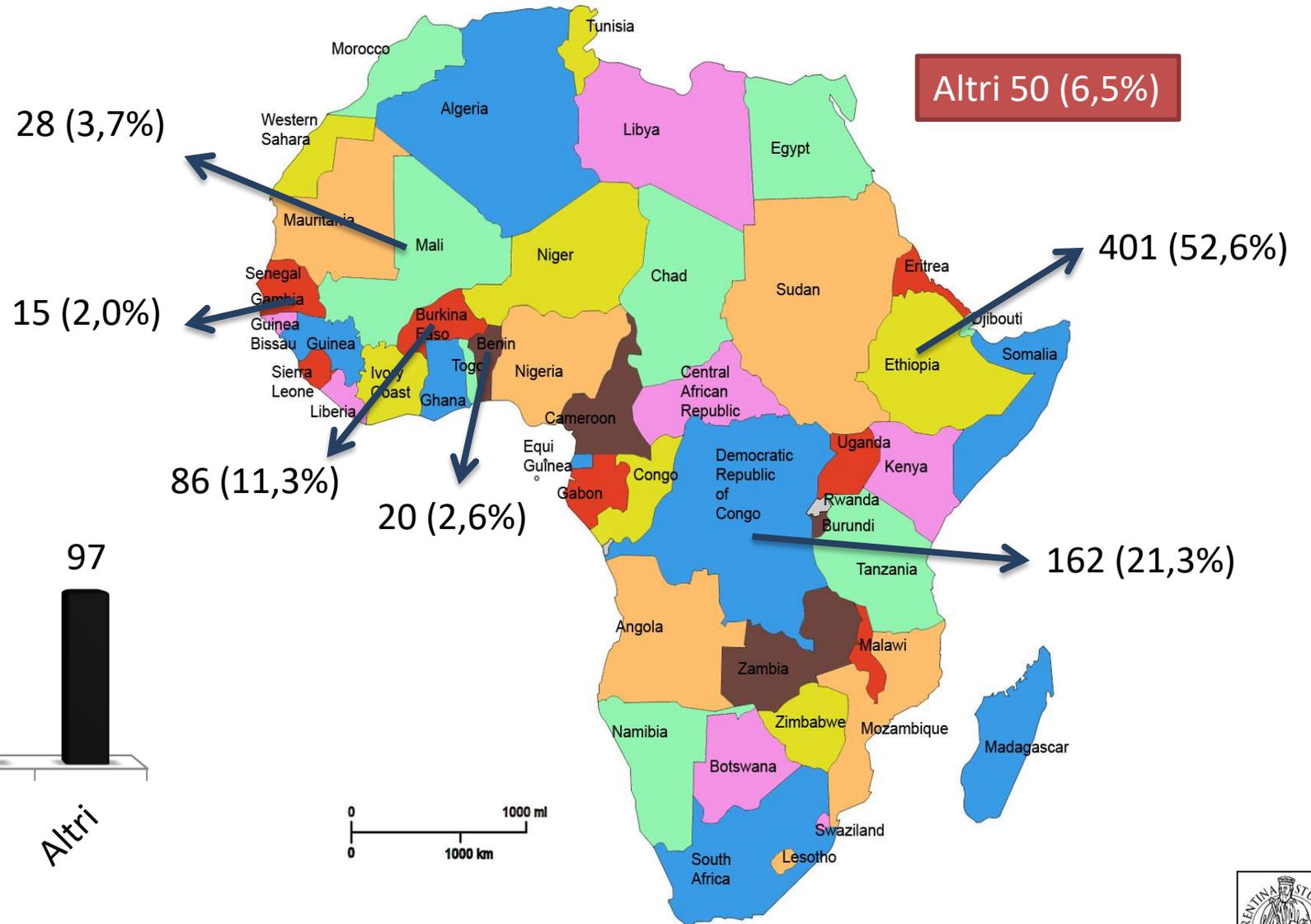
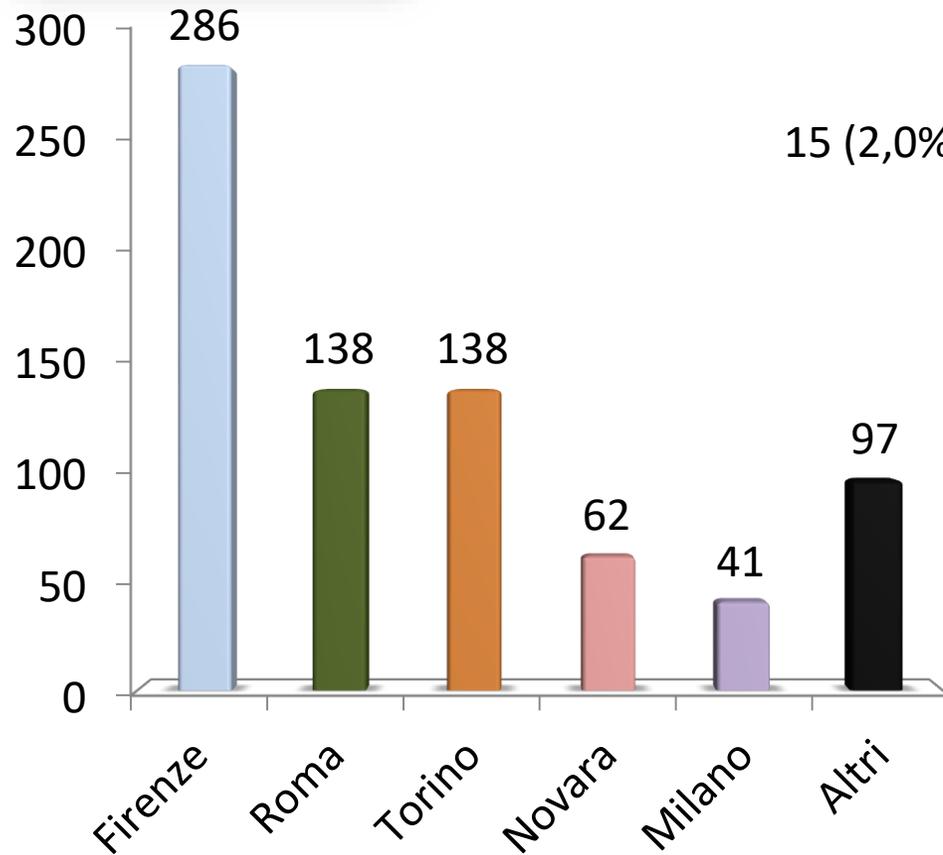


Periodo di studio 2009 - 2015,
I bambini sono stati visitati entro i primi
mesi dal loro arrivo in Italia e
le loro condizioni di salute sono state
valutate sulla base delle schede di
accompagnamento e dei documenti sanitari
ricevuti all'estero, delle valutazioni cliniche e
degli esami di laboratorio previsti
dalle Indicazioni del GLNBM- SIP

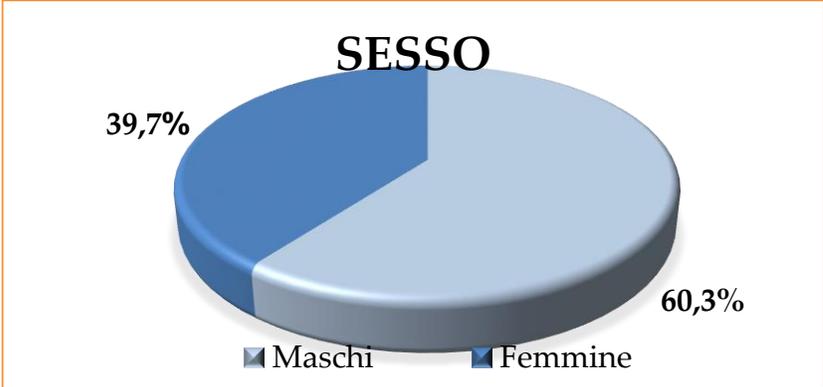
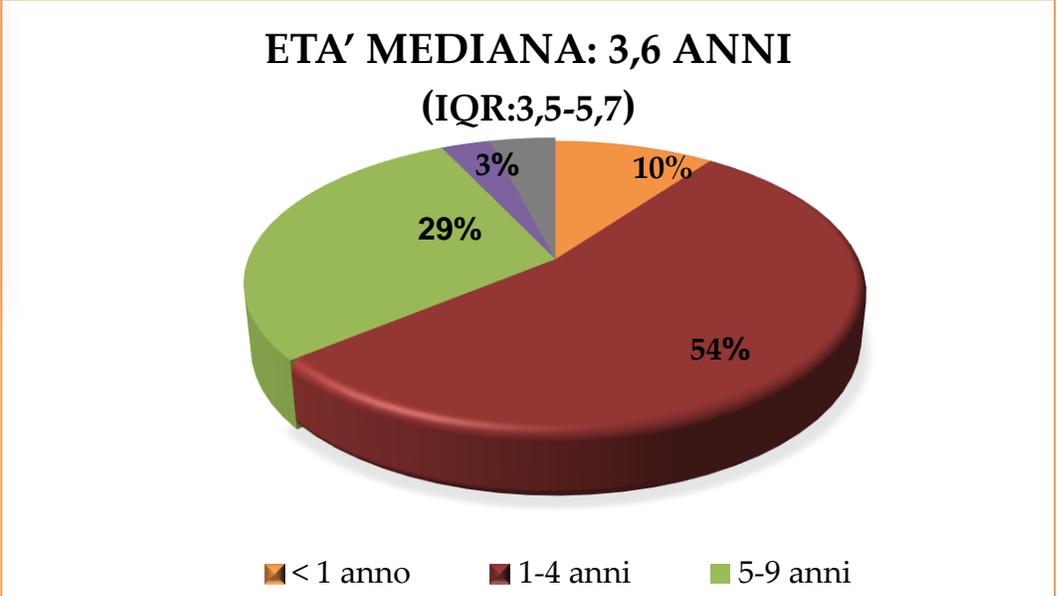


CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

(n=762 bambini) *pari a circa 1/3 dei bambini africani adottati in Italia nel periodo*



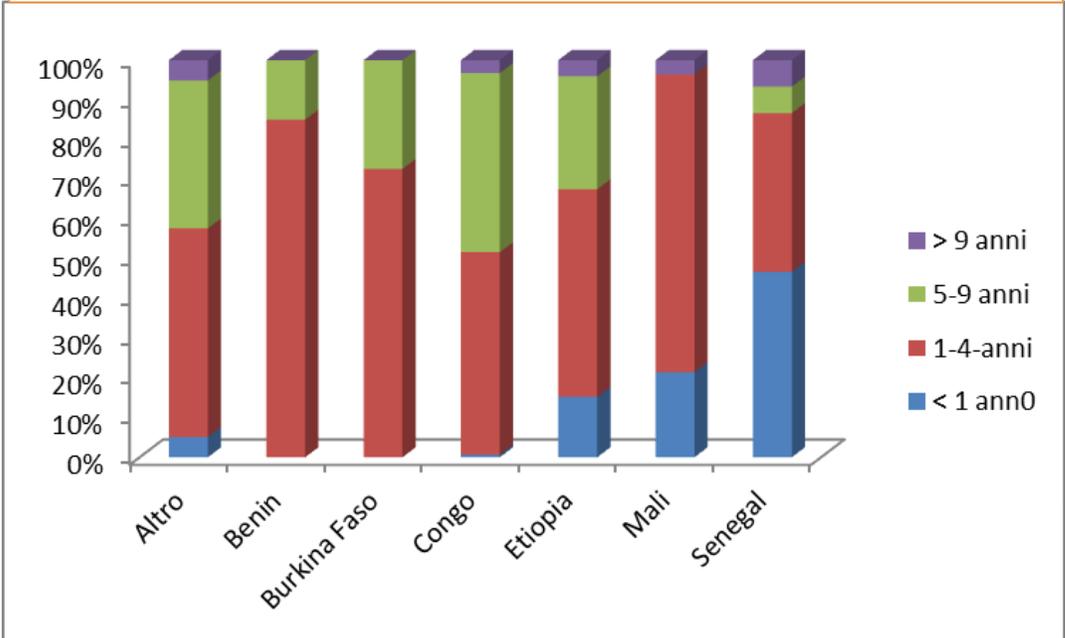
CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE (n=762 bambini)



13% dei bambini presentava un BMI z score < -2

BMI Z score mediano (-0.05; IQR:-0.88-0.72)

Height/length, Z-score (-0.50; IQR:-1.27-0.39)



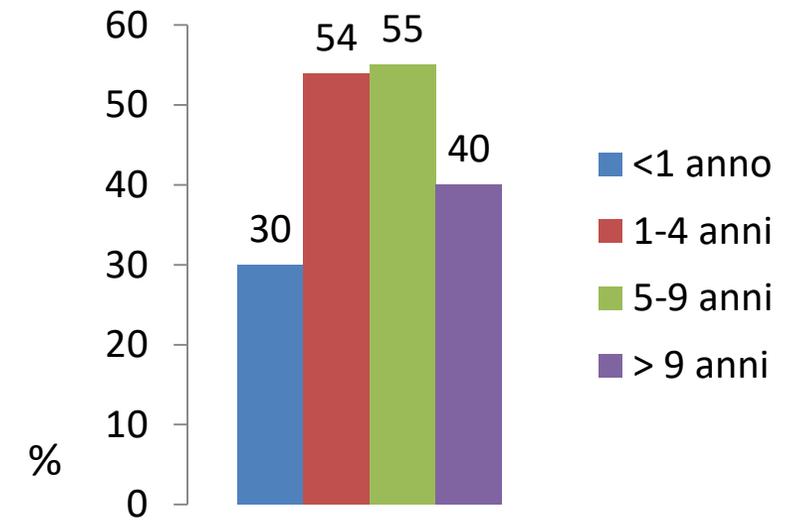
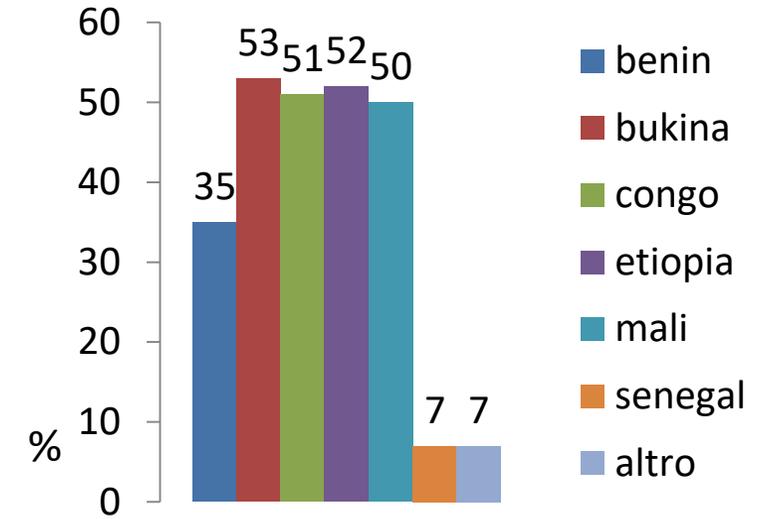
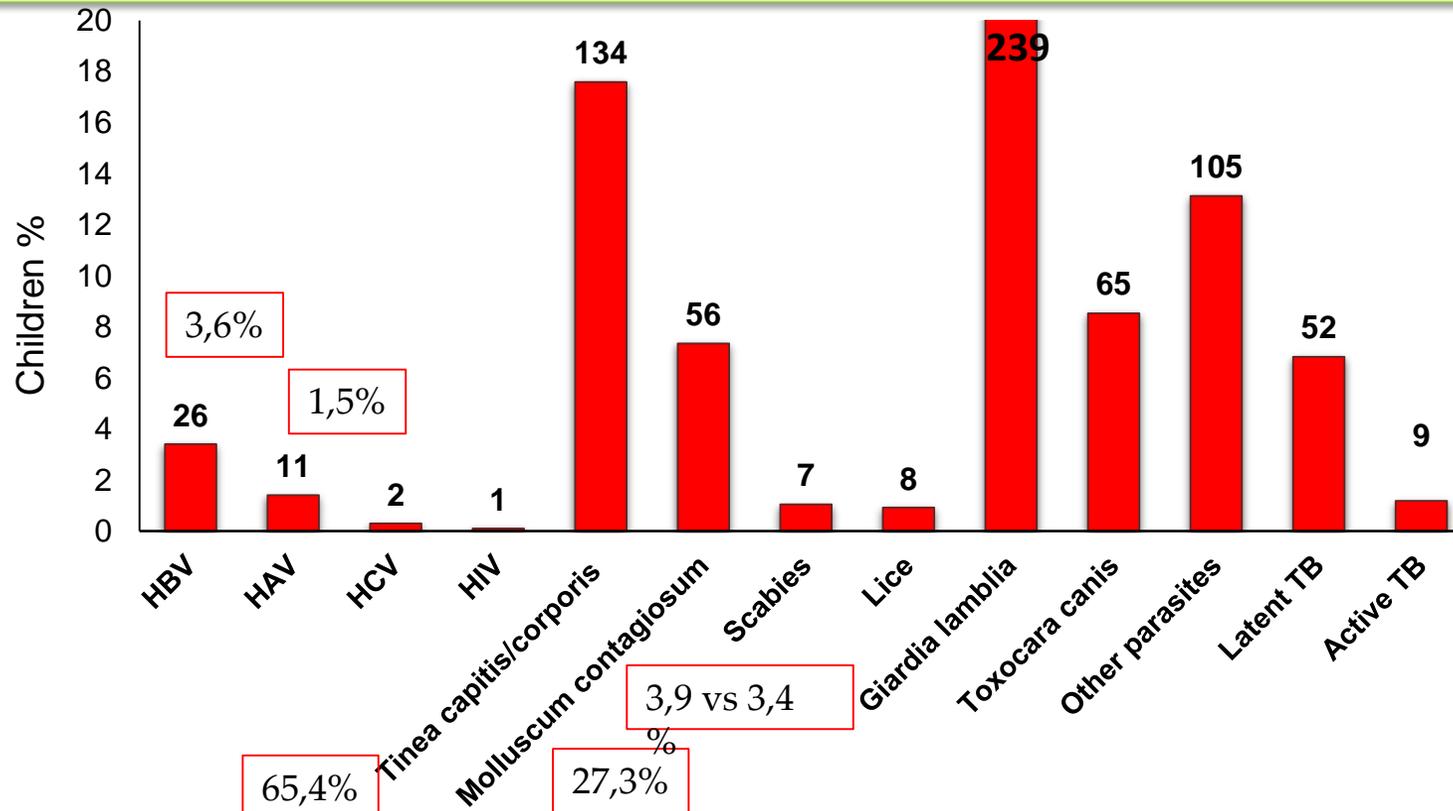
PREVALENZA DI PATOLOGIE INFETTIVE

Compressivamente

382 (50.1%) bambini avevano almeno una malattia infettiva

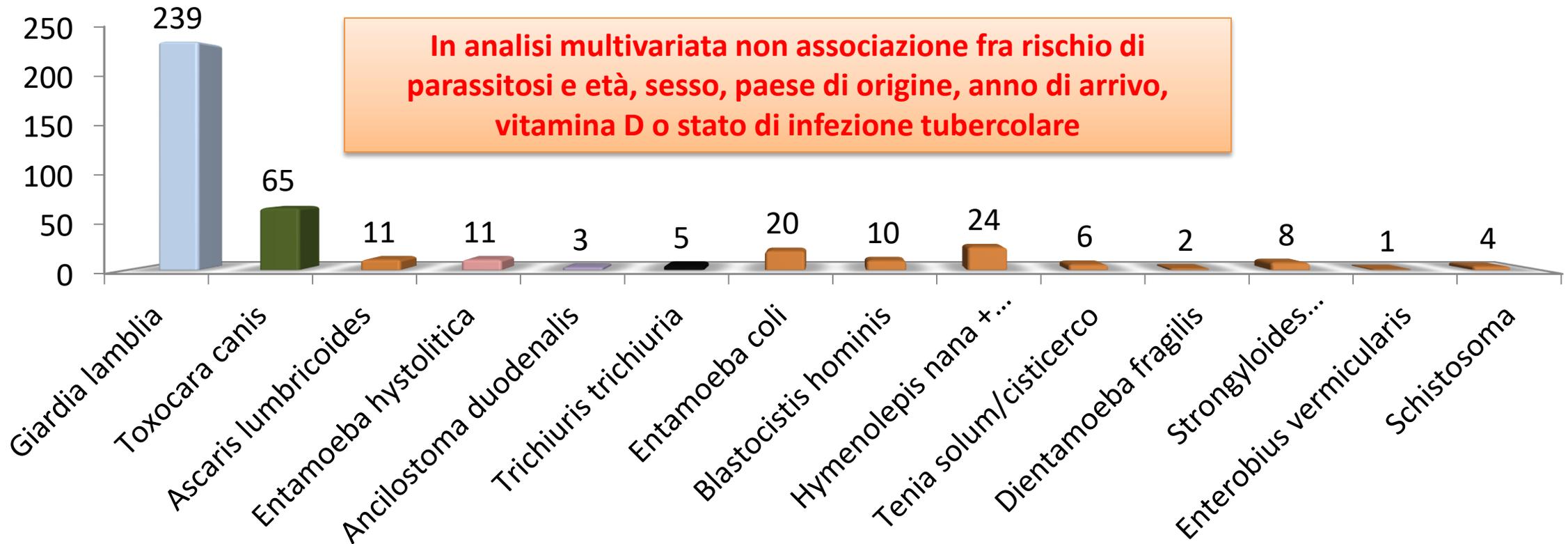
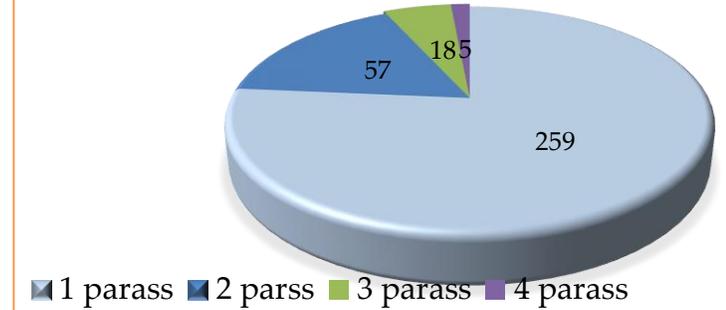
339 (44.5%) bambini avevano almeno una parassitosi

61 (8%) bambini avevano infezione tubercolare (latente o attiva)



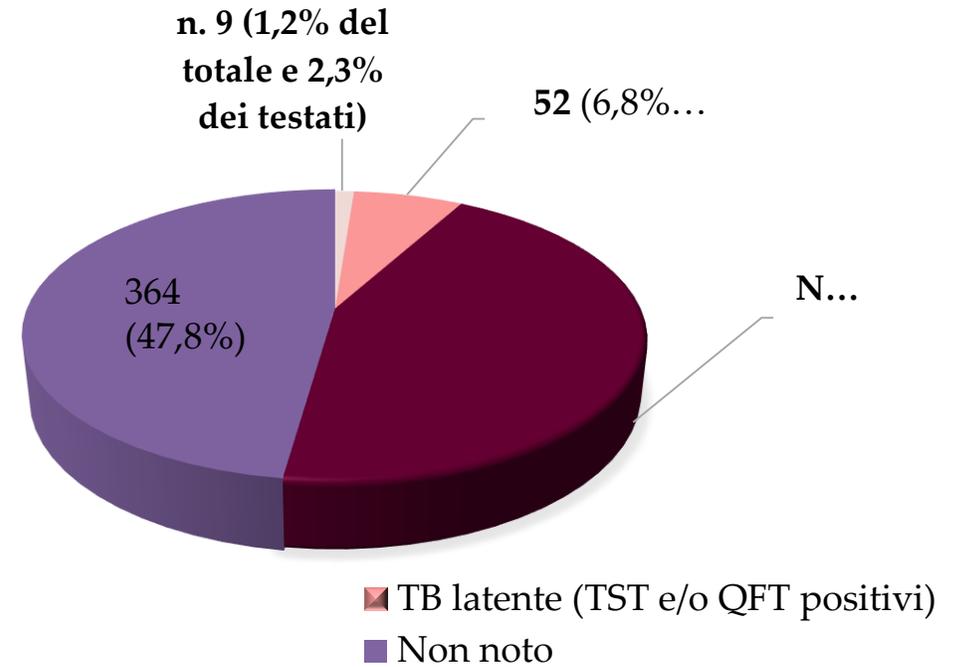
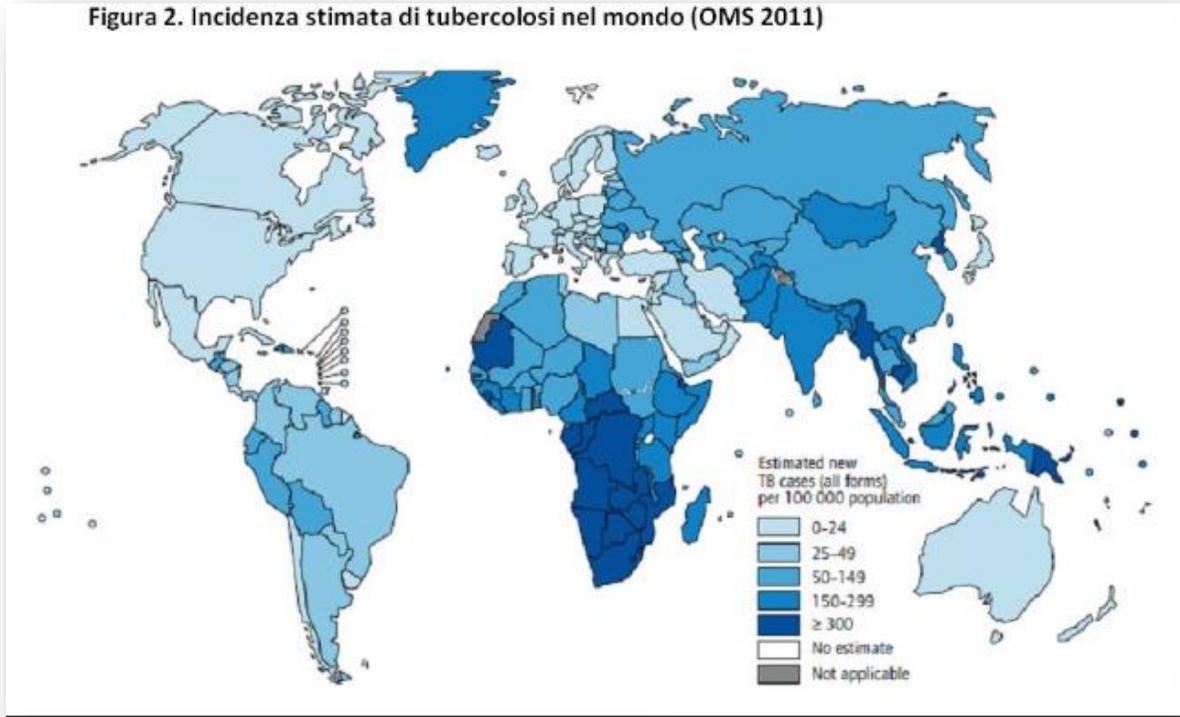
PREVALENZA DI PARASSITOSI

339 (44.5%) bambini avevano almeno una parassitosi dei quali
259 (76.4%) → 1 parassitosi
57 (16.8%) → 2 parassitosi
18 (5.4%) → 3 parassitosi
5 (1.5%) → 4 parassitosi



Infezione tubercolare

Figura 2. Incidenza stimata di tubercolosi nel mondo (OMS 2011)



XXVII Congresso nazionale
Società Italiana pediatria Preventiva e Sociale
15-18 Ottobre 2015

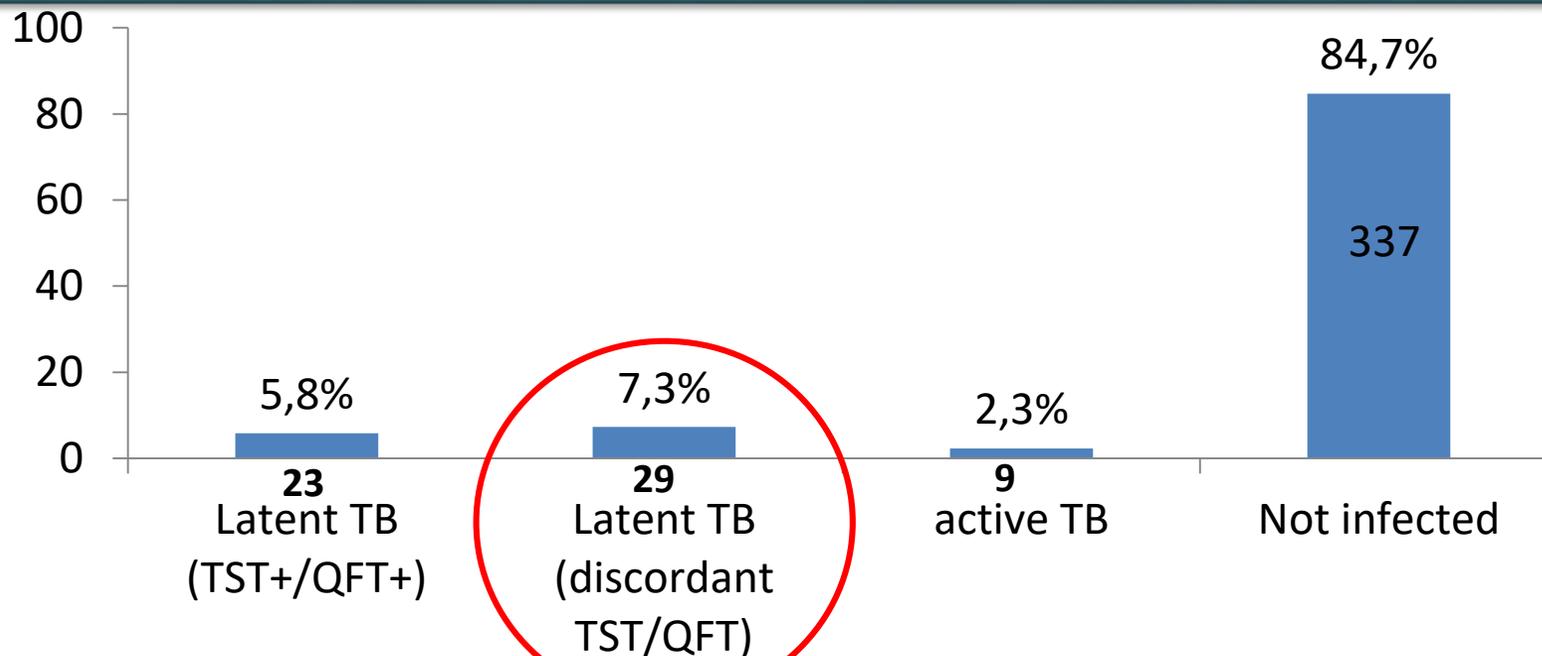
Stato di salute dei bambini adottati in Italia provenienti da Sud-Est Asia, Cina e Russia

Dott.ssa Ileana STELLA
Clinica Pediatrica
A.O.U "Maggiore della Carità di Novara"

	Bambini (n)	TBC (%)	P
Sud Est Asiatico	188	3,7%	0,609 vs Russia
Russia	166	5,4%	
Africa	763	15,3%	>0.0001 vs Sud Est Asiatico 0.0019 vs Russia



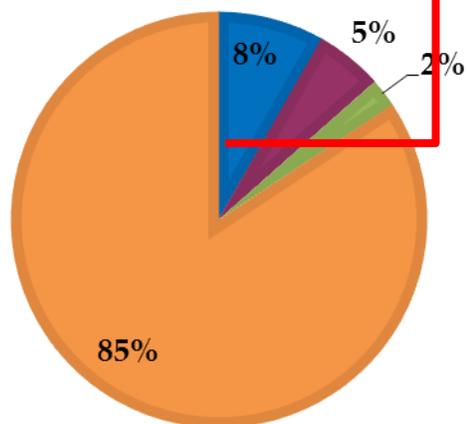
Infezione tubercolare fra i bambini africani dello studio multicentrico



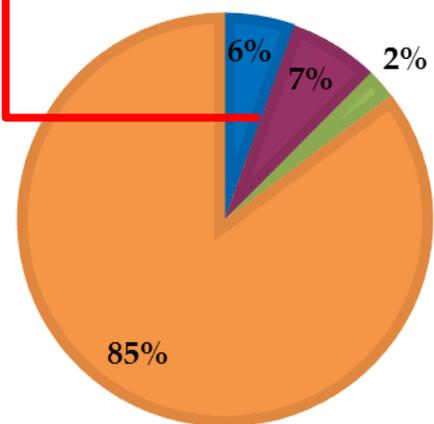
BAMBINI DI ETA' < 5 ANNI

BAMBINI DI ETA' => 5 ANNI

P = 0,4284

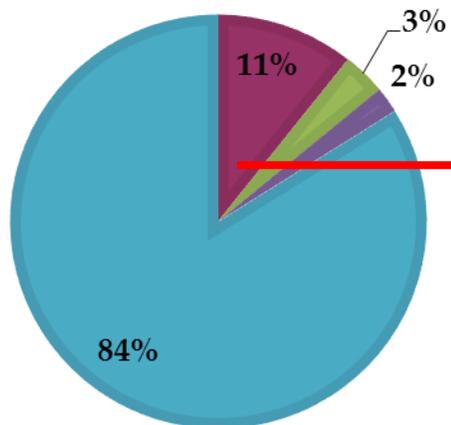


- TB latente (TST+ e QFT-)
- TB latente (TST+ e QFT+)
- TB attiva
- Non infetti



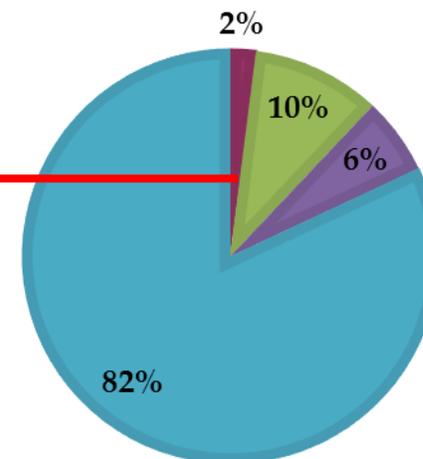
Fattori di rischio per test discordanti

BAMBINI BCG + (146)



P = 0,0195

BAMBINI BCG - (98)



- TB latente (TST+ QFT-)
- TB latente (TST+ e QFT+)
- TB attiva
- Non infetti

	aOR*	95%IC	P
Età > 5 anni	0,23	0,45-1,188	0,80
BCG	6,30	1,01-39,20	0,011
Sesso M	2,45	0,53-11,42	0,247



Per il 58% dei bambini era documentata l'avvenuta vaccinazione per Tetano, HBV, BCG, polio e Difterite ma test sierologici eseguiti hanno dimostrato un livello anticorpale non protettivo contro tetano, difterite, poliomielite o epatite B **nel 33% dei casi testati. In particolare il 52% non presentava un titolo anticorpale protettivo per epatite B e il 35 % per il tetano.**

Spesso è disponibile una documentazione relativa alle vaccinazioni alle quali il bambino è stato sottoposto in precedenza nel Paese di origine, tuttavia in percentuali variabili fra il 37 e il 65% , a seconda delle casistiche, la documentazione risulta incompleta o del tutto assente (Verla-Tebit E, 2009).

In un ampio studio statunitense includente oltre 450 bambini adottati internazionalmente **la maggior parte presentava titoli anticorpali protettivi verso difterite e tetano, ma circa il 20% risultava non protetto per il morbillo malgrado la documentazione di una precedente vaccinazione** (Staat MA,2010).

Il numero di dosi registrate risultavano essere gli indici più attendibile di una documentazione vaccinale realistica (American Academy of Pediatrics, 2015; CDC, 2012; Tchidjou HK 2015).



American Academy of Pediatrics. Medical Evaluation for Infectious Diseases for Internationally Adopted, Refugee, and Immigrant Children. In: Red Book: 2015 Report of Committee on Infectious Diseases. 30a edizione. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, autori. Elk Grove Village 2012;2:194-201.

In base alle linee guida dell'American Academy of Pediatrics sono stati indicati alcuni fattori predittivi di una documentazione vaccinale attendibile, **oltre al numero di dosi indicati.**

Ad esempio esiste una maggiore probabilità che il bambino presenti titoli anticorpali protettivi se nella documentazione sono indicati con precisione

il tipo di vaccini,

le date di somministrazione,

gli intervalli tra le dosi

l'età del bambino al momento della vaccinazione

se questi concordano con il calendario vaccinale approvato a livello nazionale.

Fra i fattori che possono essere considerati indicatori di una documentazione non attendibile vi sono il fatto che gli intervalli fra le dosi siano “troppo” precisi, ad esempio la vaccinazione risulta eseguita nello stesso giorno di mesi diversi con precisione “eccessiva” che sembri “costruita” oppure il documento sembra redatto con la stessa calligrafia e con la stessa penna è possibile che sia stato “costruito” poco prima della adozione.

La mancata somministrazione del vaccino non rappresenta, tuttavia, l'unica causa della mancata copertura anticorpale. Possono avere un ruolo anche la non **corretta conservazione o la somministrazione di vaccini scaduti, l'impiego calendari vaccinali non corretti, o la scarsa risposta del bambino per la presenza di patologie concomitanti o uno stato di denutrizione**

Italian multicentre study found infectious and vaccine-preventable diseases in children adopted from Africa and recommends prompt medical screening

Elena Chiappini (elena.chiappini@unifi.it)¹, Mauro Zaffaroni², Martina Bianconi¹, Giuseppina Veneruso¹, Nicolino Grasso², Silvia Garazzino³, Rosangela Arancio⁴, Piero Valentini⁵, Anna Ficcadenti⁶, Maria Rosalia Da Riol⁷, Simona La Placa⁸, Luisa Galli¹, Maurizio de Martino¹, Gianni Bona²

CONCLUSIONI-1

- La casistica del nostro studio **è la più ampia mai condotta** sulla popolazione dei bambini adottati dall'Africa, nonostante **rappresenta soltanto il 30% circa della popolazione dei bambini Africani adottati in Italia** negli anni dello studio.
- Le problematiche riscontrate variano da **patologie infettive complesse quali tubercolosi (circa il 15%) e parassitosi (circa il 50%)**, a quadri infettivi di lieve entità e semplice risoluzione quali il mollusco contagioso o le infezioni fungine cutanee.
- I bambini con **«special needs»** sono in realtà circa 1%
- Per quanto concerne la valutazione dello stato nutrizionale i nostri dati indicano **un'elevata prevalenza di ipovitaminosi D (80%), anemia (35%), scarso accrescimento (13% dei bambini presentava un BMI z score < -2)**.
- I nostri dati indicano inoltre una **difficoltà a porre diagnosi di tubercolosi latente nella maggior parte dei casi per una discordanza** fra i risultati di QFT-G e TST.
- Di particolare rilevanza appare la **valutazione della copertura vaccinale** poiché spesso la documentazione vaccinale risulta assente o di dubbia validità.

CONCLUSIONI-2

- La prevalenza di patologia infettiva e titoli non protettivi per malattie prevenibili con le vaccinazioni, osservate nella nostra popolazione di bambini adottati dall'Africa, rilevano l'importanza di avere un **percorso condiviso di accertamenti sanitari che devono comunque essere individualizzati, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, sul singolo bambino e i suoi bisogni di salute**

Grazie per l'attenzione