

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino"
 cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche.
 I testi in extenso sono pubblicati on line.

STATO DI SALUTE DEI BAMBINI ADOTTATI DALLA COLOMBIA

F. Cataldo¹, M. Zaffaroni², A. Ficcadenti³, P. Valentini⁴,
 S. Garazzino⁵, G. Veneruso⁶, F. Colonna⁷, L. Panigati², M. Gatto²,
 A. Bizzocchi², E. Montesi³, D. Maravalle³, L. Bianchi⁶, L. Gargiullo⁴,
 S. Aguzzi², I. Raffaldi⁵

¹Dipartimento Materno-Infantile, Palermo; ²Clinica Pediatrica,
 Novara; ³Azienda Osp. Riuniti/Osp. Salesi-CRMR-IPAS Sindrome
 di Down e Bambini Adottati e Immigrati, Ancona; ⁴Clinica Pediatrica,
 Università Cattolica Sacro Cuore, Roma; ⁵Clinica Pediatrica, Torino;
⁶Ospedale Meyer, Firenze; ⁷SC Pediatria, Ospedale San Vito
 al Tagliamento (Pordenone)

Indirizzo per corrispondenza: cesco.cataldo1@libero.it

HEALTH OF CHILDREN ADOPTED FROM COLOMBIA

Key words International adoptions from Colombia,
 GLNBI Study Group of Paediatric Italian Society,
 Pre-adoptive medical records, Special health needs

Summary

Background - In the last few years the number of internationally adopted children from Colombia has increased in Italy, but their health status is unknown. This multicenter and retrospective study assesses the health status of these children at their arrival.

Methods - 331 children adopted from Colombia between June 2008 and November 2011 were evaluated at their arrival in Italy according to protocol of GLNBI Study Group of Paediatric Italian Society, and their health status was compared with their pre-adoptive medical records.

Results - 129 children came to Italy without pre-adoptive medical records. Gestational age and birth weight were reported respectively only in 23 and 25 children and background concerning hereditary diseases in 98 of them, while notices about delivery and Apgar score were always lacking. False and alarming diseases were often described in pre-adoptive records, whereas other important disorders were not reported. Growth delay for weight and height, iron deficiency anaemia, emotional and cognitive delays were frequent, likely in account of their pre-adoptive nutritional and emotional deprivations. Undiagnosed infectious diseases, especially intestinal parasites and hepatitis A, were often observed and immunization status was often incomplete, despite pre-adoptive vaccination schedules documented previous full vaccinations.

Conclusions - Children adopted from Colombia, similarly to those adopted from other nations, should receive special medical evaluation at their arrival in the new country, because they have "special health needs".

Introduzione - Negli ultimi 20-25 anni in Italia le adozioni internazionali sono aumentate costantemente e in maniera progressiva. Erano poco meno di 300/anno nel 1982 mentre, dopo l'istituzione della Commissione per le Adozioni Internazionali, dal 16/11/2000 al 31/12/2011 sono state in totale 36.117. Dal 2010 la Colombia è diventata, dopo la Federazione Russa, il secondo Paese di provenienza di adozioni internazionali verso l'Italia. Ciò dipende in buona parte dal fatto che in Colombia i bambini adottabili, perché abbandonati dalle famiglie o perché allontanati da queste a causa dei maltrattamenti subiti, sono nu-

merosi: 50.000 secondo le cifre ufficiali. Essi diventano "bambini di strada" o *ninos en la calle* e per sopravvivere si dedicano all'accattonaggio, alla microcriminalità, alla prostituzione, o sono oggetto di turismo sessuale. Per questo motivo il Governo Colombiano ha costituito, presso il Ministero della Salute, l'*Istituto Colombiano de Benestar Familiar* (ICBF), che ha, tra gli altri, il compito di allontanare i *ninos en la calle* dalla strada per affidarli, in attesa che vengano adottati, a orfanotrofi o a famiglie affidatarie.

Obiettivo - Questo studio multicentrico e retrospettivo ha avuto lo scopo di valutare le condizioni di salute dei bambini adottati dalla Colombia al loro arrivo in Italia, riportando l'esperienza degli ultimi 3 anni e mezzo di 6 Centri di prima accoglienza per i bambini adottati dall'estero che aderiscono al Gruppo di Studio-Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria-SIP (GS GLNBI SIP).

Metodi - 331 bambini adottati dalla Colombia dal 1 giugno 2008 al 30 novembre 2011 sono stati esaminati al loro arrivo in Italia seguendo il protocollo del GS GLNBI SIP che prevede:

1. la raccolta dei dati anamnestici, clinici e di laboratorio, riportati nelle cartelle cliniche di accompagnamento;
2. un esame clinico completo, incluse eventuali consulenze specialistiche (oculistiche, ortopediche, otiatriche ecc.) se ritenute necessarie;
3. un check-up completo di indagini di laboratorio volte a valutare lo stato nutrizionale, immunologico e infettivologico, le funzionalità epatica, renale e tiroidea, e l'eventuale presenza di anomalie emoglobiniche. I risultati di queste valutazioni cliniche e di laboratorio sono stati successivamente confrontati con i dati riportati nelle cartelle cliniche di accompagnamento.

Risultati - 129 bambini sono giunti in Italia sprovvisti di cartelle cliniche. Solo 23, 25 e 98 volte venivano rispettivamente riportate notizie sull'età gestazionale, sul peso alla nascita e sulla anamnesi familiare, mentre le modalità del parto e l'indice di Apgar non erano mai riferiti. Di sovente, gravi stati morbosi, poi esclusi, venivano riportati nelle cartelle sanitarie di accompagnamento, mentre altre volte importanti condizioni morbose venivano ignorate.

Frequenti erano le turbe della crescita, le anemie carenziali e i disturbi cognitivo-comportamentali che apparivano riferibili alle deprivazioni nutrizionali ed emotivo-relazionali subite prima dell'adozione. Comuni anche le malattie infettive, specie le infestazioni intestinali (in particolare toxocariosi ($n = 66$), giardiasi ($n = 44$)) e la pregressa epatite A, mentre lo stato vaccinale risultava spesso insufficiente nonostante fosse riportato come eseguito e completo. In particolare 199 bambini erano provvisti di schedule vaccinali ma solo 86 volte le vaccinazioni erano riferite come completate seguendo il calendario vaccinale vigente in Colombia (polio, epatite B, DPT).

Discussione - Le ragioni che ci hanno spinto a eseguire questa indagine sono state il recente aumento dei bambini adottati provenienti dalla Colombia e gli sfavorevoli stili di vita che essi hanno avuto, prima come bambini di strada vissuti in condizioni di vita svantaggiate, quali la povertà, l'assenza di una dimora fissa, i maltrattamenti, l'accattonaggio, la microcriminalità, la prostituzione e il turismo sessuale, e poi come bambini istituzionalizzati. I bambini adottati dalla Colombia, come tutti quelli adottati dal-

l'estero, all'arrivo in Italia richiedono attenzioni particolari perché hanno "bisogni sanitari speciali". Il nostro studio, anche se con alcune limitazioni metodologiche (è retrospettivo, trasversale e non longitudinale, e non dà notizie sul follow-up), suggerisce che i bambini adottati dalla Colombia necessitano di particolare attenzione perché:

1. le relazioni cliniche di accompagnamento a volte mancano e spesso sono incomplete o poco affidabili (possono riportare malattie allarmanti ma inesistenti o tacerne altre gravi) e spesso l'età anagrafica è incerta;
2. appaiono meno frequenti rispetto a quelli adottati da altri Paesi (Cina ed Est Europa) gli stati malfornati, le gravi patologie del sistema nervoso, la sindrome feto-alcolica e alcune malattie infettive (TBC, epatiti B e C), mentre l'epatite A e le infestazioni intestinali sono molto comuni e sono possibili malattie parassitarie esotiche;

Appunti di terapia

L'USO DEL MIELE NELLA TOSSE ACUTA

D. Sambugaro, F. Fusco

Pediatr di famiglia, Valdagno (Vicenza)

Indirizzo per corrispondenza: fuscocosam1@gmail.com

La tosse è un meccanismo fisiologico protettivo, grazie al quale l'apparato respiratorio elimina le secrezioni e i corpi estranei. Può riconoscere numerose cause ma solitamente accompagna le frequenti infezioni delle alte vie respiratorie. Per questo motivo è una delle cause di maggior ricorso al pediatra, cui i genitori si rivolgono alla ricerca di un rimedio che agisca immediatamente. Spesso al bambino vengono somministrati farmaci da banco e altri rimedi in "autoprescrizione". Anche se esistono numerosi farmaci per la tosse (esspettoranti e mucolitici, sedativi, antistaminici, decongestionanti), non c'è alcuna evidenza conclusiva sulla loro reale efficacia.

È uscita recentemente una revisione sistematica della *Cochrane* che ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia del miele nel ridurre la tosse acuta, dovuta a infezioni delle alte vie respiratorie nei bambini, in un setting ambulatoriale.

Metodi - Gli Autori hanno effettuato una ricerca sistematica su CENTRAL, Embase, Medline, CINHAL, AMED, LILACS, senza applicare limitazioni per la lingua. Sono stati consultati il registro dei *clinical trials* e i database della letteratura della medicina alternativa e complementare.

Criteri di selezione - Sono stati valutati i lavori che confrontavano l'uso del miele da solo o in combinazione con antibiotici, rispetto a nessun trattamento, al placebo o ad altri farmaci da banco, su pazienti di età fra 2 e 18 anni con tosse acuta, di durata inferiore alle 3 settimane.

La ricerca ha evidenziato 79 studi, ma solo due RCT rispondevano ai criteri di inclusione. Il primo RCT ha coinvolto 108 bambini tra i 2 e i 18 anni e ha messo a confronto il non trattamento con il destrometorfano aromatizzato al miele e il miele di grano saraceno, alla dose di ½ cucchiaino da tè fra i 2 e i 5 anni, 1 cucchiaino da tè tra i 6 e gli 11 anni e 2 tra i 12 e i 18 anni. La cecità era osservata solo per i bracci con trattamento con destrometorfano o miele. Il secondo RCT ha reclutato 160 bambini tra i 24 e i 60 mesi, di cui solo 139 sono stati ammessi all'analisi finale. Sono stati messi a confronto il miele naturale di un villaggio iraniano alla dose di 2,5 ml con lo sciroppo al destrometorfano, e quello alla difenidramina e il trattamento di supporto (lavaggio nasale, vapori, paracetamolo se febbre). Nessuno di questi gruppi era in cieco.

3. possono presentare stati morbosi legati alla loro deprivazione nutrizionale ed emotivo-relazionale, e i loro calendari vaccinali spesso non risultano attendibili o sono incompleti;
4. l'assenza e la scarsa affidabilità delle schedule vaccinali sono comuni a tutte le indagini sui bambini adottati dall'estero, qualunque sia il loro Paese di origine, e ciò ovviamente costituisce un grosso problema perché causa seri dubbi sulle loro condizioni di immunizzazione. Pertanto, viene fortemente raccomandato o di valutare lo stato vaccinale di questi bambini per poi procedere a effettuare in maniera mirata le vaccinazioni mancanti, oppure di eseguire ex novo il ciclo vaccinale previsto in Italia.

Anche i bambini adottati dalla Colombia, come quelli provenienti da altri Paesi, al loro arrivo in Italia sono quindi bisognosi di attenzioni sanitarie particolari.

Entrambi gli studi sono comunque ad alto rischio di *bias* per la non completa cecità, in particolare rispetto al non trattamento.

Entrambi gli studi sono comunque ad alto rischio di *bias* per la non completa cecità, in particolare rispetto al non trattamento.

Risultati della revisione - Il miele è risultato più efficace del non trattamento nel ridurre la frequenza della tosse (*mean difference MD* -1,07; con intervallo di confidenza (IC) al 95% da -1,53 a -0,60), nel ridurre la gravità della tosse (*MD* -0,97; IC 95% da -1,47 a -0,46) e nel migliorare la qualità del sonno dei bambini (*MD* -1,02; IC 95% da -1,52 a -0,52) e della famiglia (*MD* -0,93; IC 95% da -1,41 a -0,46). Il miele e il destrometorfano non differiscono significativamente nella riduzione della frequenza della tosse (*MD* -0,07 con IC 95% da -1,07 a 0,94), nel ridurre la gravità della tosse (*MD* -0,13; IC 95% da -1,25 a 0,99) e nel migliorare la qualità del sonno dei bambini (*MD* -0,03; IC 95% da -1,12 a 1,19) e della famiglia (*MD* -0,16; IC 95% da -0,84 a 0,53).

Il miele può essere più efficace della difenidramina nella riduzione della frequenza della tosse (*MD* -0,57 con IC 95% da -0,90 a -0,24; 1 studio, 80 partecipanti), nel ridurre la gravità della tosse (*MD* -0,60; IC 95% da -0,94 a -0,26) e nel migliorare la qualità del sonno dei bambini (*MD* -0,55; IC 95% da -0,87 a -0,23) e della famiglia (*MD* -0,48; IC 95% da -0,76 a -0,20). Non sono stati registrati effetti collaterali gravi, mentre quelli lievi (nervosismo, insonnia e iperattività) sono stati 7 nel gruppo del miele e 2 nel gruppo del destrometorfano. La differenza non era significativa.

Conclusioni degli Autori - La revisione sistematica suggerisce che il miele può risultare migliore del non trattamento e della difenidramina nel ridurre la tosse e nel migliorare la qualità del sonno. Il suo effetto è invece simile a quello del destrometorfano. Certamente i dati emergono da 2 piccoli studi ad "alto rischio di *bias*", con evidenze di medio o basso grado, per cui sono necessari in futuro RCT di maggiore qualità, con una durata del trattamento e un follow up più prolungati.

Le pagine elettroniche (pagine verdi) riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul sito web della rivista (www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 277. È un numero ricco di contributi ed esperienze, con la solita particolare attenzione ai casi clinici: dai **Poster degli specializzandi** (un caso sempre istruttivo di Kawasaki incompleta, una para-paresi spastica che nasconde un linfoma di Hodgkin) ai **Casi contributivi** (sapete cosa è la sindrome del babbuino?), ai **Casi indimenticabili** che riprendono alcuni degli argomenti affrontati su questo numero della rivista: le patologie emergenti dei bambini immigrati (vedi anche il full-text della **Ricerca** sullo stato di salute dei bambini adottati dalla Colombia); ancora un caso autorevole di FPIES ad esordio precoce e di difficile gestione, e uno di tosse acuta accessuale in un adolescente (cosa sarà mai?). Ritorna la **Pediatria per immagini** che descrive un caso di un voluminoso emangioma congenito, raro ma molto istruttivo.