

SCREENING PER MINORI ADOTTATI O RECENTEMENTE IMMIGRATI DA PAESI A RISCHIO?

Una esperienza su 100 casi

F. De Franco¹, F. Colonna¹, E. Miorin¹, I. Robieux¹, E. Moretto¹,
P. Aragona², L. Lubrano³

¹SC di Pediatria, Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento (Pordenone), ASS 6 "Friuli Occidentale"

²Laboratorio di Analisi, Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento (Pordenone), ASS 6 "Friuli Occidentale"

³Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Udine

Indirizzo per corrispondenza: franco.colonna@ass6.sanita.fvg.it

IS THE SCREENING ON CHILDREN ADOPTED OR RECENTLY IMMIGRATED FROM HIGH RISK COUNTRIES WORTH?

Key words Migrants, Adopted children, Screening, Anemia, Parasitosis, Tuberculosis

Summary 100 children were studied, 72 recently immigrated with their family from developing countries (40% from sub-Saharan Africa) and 28 adopted from foreign countries. By protocol a complete physical examination and the following tests were performed: complete blood and urine tests, stools parasitological examination and tuberculosis screening. None of the subjects presented with symptoms or evidence of illness at the time of screening. Surprisingly, 60% had at least one previously unknown health problem. Including improper vaccination coverage for tetanus or diphtheria, the children with abnormal clinical or laboratory findings rise to 79%. Prevalence of pathological findings is as follows: anemia (Hb <10 g/dl): 11%; small red cells (<70 fl): 22%; iron deficiency (Fe <30 mcg/dl) and hemoglobinopathies (including 2 patients with homozygous sickle cell anemia): 18%. Twenty-six tested patients were positive to stools or urine parasites; 18% had positive Mantoux tuberculin skin test, and 6% had hepatitis B. No positive screenings for HIV, syphilis and hepatitis C were found. Moreover, 57% had no measurable tetanus and/or diphtheria antibodies. The main difference between adopted and immigrated children is anemia, which is more frequent in immigrated children, especially from Africa. In agreement with other studies and both Italian and international guidelines, an early and complete sanitary screening is advised at least in children coming from high risk countries and settings with low socio-sanitary conditions.

Introduzione - In questi anni stiamo assistendo a un costante aumento di bambini provenienti da Paesi in via di sviluppo (PVS), soprattutto per dinamiche migratorie e di ricongiungimento familiare. Per quest'ultima causa sono giunti in Italia nel 2007 almeno 33.000 minori. Significativo è anche il numero delle adozioni internazionali che in Italia sono circa 4000 all'anno, dato in aumento e che pone il nostro Paese al terzo posto al mondo. L'infinita varietà delle storie individuali rende impossibile ogni semplificazione e standardizzazione. Gli

eventuali problemi di questi bambini e delle loro famiglie paiono, peraltro, più che sanitari in senso stretto, di tipo burocratico, sociale, economico, linguistico, scolastico, psicologico. Sfide ma anche opportunità per il futuro che notoriamente sono al centro del dibattito anche politico a livello internazionale. Ci siamo comunque posti il problema, dal nostro osservatorio di ospedale di rete di una provincia con elevato tasso di immigrazione da quasi 100 Paesi, di come e se affrontare l'aspetto sanitario di "prima accoglienza" per i bambini di più recente immigrazione. Abbiamo formalizzato un protocollo di indagini di primo livello per bambini immigrati e/o adottati, basato anche sulle raccomandazioni del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambini Immigrati (GLNBI) della SIP. Abbiamo privilegiato l'opzione del day hospital per riuscire a eseguire tutti gli accertamenti di primo livello ed eventuali ulteriori approfondimenti di secondo livello. Tale opzione ci ha infine permesso di offrire un adeguato follow-up in caso di patologie. Tutto ciò nella convinzione di facilitare al massimo l'accesso ai servizi riducendo i problemi burocratici, economici, di trasporti e di comunicazione che notoriamente possono affliggere la maggior parte delle persone di più recente immigrazione. Riassumiamo i risultati della nostra offerta di servizi.

Materiali e metodi - Dal 2002 al 2008 sono stati eseguiti su bambini immigrati con il nucleo familiare o adottati, inviati da un curante o da un servizio socio-sanitario, una serie di accertamenti standard che prevedevano, oltre all'esame obiettivo, un prelievo ematico completo, l'esame parassitologico delle feci, l'esame urine, lo screening per tubercolosi. A questi primi esami sono poi seguiti, al bisogno, ulteriori accertamenti di secondo livello (ematici, radiologici e specialistici). Nella presente casistica sono stati considerati solo i bambini inviati in apparente stato di benessere. Abbiamo infatti escluso a priori i casi con evidenti patologie acute e quelli pervenuti da PS o ricovero ordinario.

Risultati - Abbiamo studiato 100 bambini, 72 recentemente immigrati dai PVS e 28 recentemente adottati all'estero. Complessivamente il 60% dei casi è risultato avere almeno un problema di salute prima sconosciuto. Includendo anche la mancata copertura vaccinale contro tetano e/o difterite, la percentuale di soggetti con almeno un dato clinico e/o laboratoristico non normale è salita al 79%.

La prevalenza dei principali riscontri è stata: 11% di anemia (Hb < 10 g/dl), 22% di microcitemia (MCV < 70 fl), 18% di probabile deficit di ferro (sideremia < 30 mcg/dl) e alcune emoglobinopatie, tra cui due omozigosi per emoglobina S; 26% di parassitosi intestinali e/o urinarie; 18% di Mantoux positive; 6% di epatiti B. Sempre negative sono risultate invece le sierologie per HIV, epatite C e lue. Il 57% dei bambini era inoltre privo di anticorpi dosabili contro tetano e/o difterite. Le uniche rilevanti differenze tra i risultati dei bambini immigrati e adottati riguardano le anemie: più frequenti negli immigrati, soprattutto se di origine africana.

L'anamnesi, la visione dei documenti sanitari e gli accertamenti eseguiti hanno portato alla completa definizione diagno-

stica di patologie varie e precedentemente non note o non adeguatamente inquadrare: una retinopatia, una celiachia, una ipodisplasia renale, un dolicosigma, una agenesia renale, un'epilessia con ritardo psicomotorio, un ipotiroidismo. Da segnalare che per alcuni bambini adottati è stato utile eseguire alcuni accertamenti neuroradiologici per escludere "cerebropatie" o "encefalopatie con esiti", segnalate sui documenti sanitari del Paese di origine, diagnosi inverosimili e non coincidenti con il quadro clinico. In alcuni bambini adottati, vissuti in Istituto sin dalla nascita, abbiamo evidenziato ritardi di crescita staturo-ponderale e psicomotricità non adeguate secondarie a deprivazioni affettive, poi risoltesi con l'inserimento nelle famiglie adottive.

Discussione - In base alla valutazione retrospettiva dei nostri dati abbiamo constatato che solo una minoranza dei bambini è risultata negativa agli accertamenti eseguiti. Ormai si è concordi nel considerare i bambini provenienti da adozioni internazionali come un gruppo a rischio e meritevole di valutazione. Numerosi sono gli studi che evidenziano un'incidenza maggiore di patologie infettive, parassitosi, malnutrizioni e inadeguate coperture vaccinali. Anche in Italia il problema è stato affrontato, visto il progressivo aumento delle adozioni da Paesi a basso sviluppo e dal 2002 il GLNBI della SIP ha ufficializzato un protocollo diagnostico completo per il bambino adottato. Non è stato invece ben codificato l'approccio per il bambino immigrato con la famiglia da aree a basso sviluppo e alto rischio socio-sanitario. Ciò in base al principio della cosiddetta "ipotesi del migrante sano" e anche per evitare "ghettizzazioni" o atteggiamenti che possano contribuire alla xenofobia possibile nei Paesi a elevata e crescente immigrazione. Ciononostante nella nostra casistica non abbiamo riscontrato differenze significative tra bambini adottati e immigrati.

Anche se il nostro era un campione selezionato il fatto che la maggioranza dei nostri casi sia risultata avere qualche problema ci induce a confermare l'utilità di un approfondimento diagnostico dopo l'arrivo in Italia non solo per gli adottati. A parte rare eccezioni, la maggioranza dei problemi da noi rilevati non sono malattie esotiche o allarmanti, ma il risultato di storie e ambienti di vita difficili, condizioni igienico-sanitarie scadenti, alimentazione non equilibrata, abitudini precarie, sovraffollamento. In una discreta percentuale di bambini (11%) abbiamo riscontrato una franca anemia sideropenica. L'elettroforesi dell'emoglobina ci ha permesso di individuare, specie negli immigrati dall'Africa, oltre a due casi di patologia omozigote, eterozigosi per drepanocitosi e talassemia, condizioni importanti non solo per la salute del soggetto ma anche a fini riproduttivi.

Per quanto riguarda le patologie infettive, le principali Linee

Guida internazionali raccomandano lo screening per l'epatite B per i bambini provenienti da PVS. Dai nostri dati è emerso che il 5% circa dei bambini a cui è stata eseguita la sierologia per HBV è risultato positivo.

Una discreta percentuale di bambini è risultata non adeguatamente protetta per le vaccinazioni antitetano e antidifterite. Il 48% dei bambini con incompleta copertura vaccinale proveniva da Paesi africani. Anche in alcuni bambini in possesso di libretti vaccinali o certificati medici formalmente completi abbiamo riscontrato inadeguate coperture. Per tali motivi possono essere utili, dove possibile, la misurazione dei titoli anticorpali o, in alternativa, la rivaccinazione completa dei bambini, come indicato dal Ministero della Salute con una circolare del 1993. Tale indicazione può valere soprattutto per i bambini provenienti dall'Africa e dal Sud America, come proposto anche dalla letteratura.

La giardiasi è stata l'infezione protozoaria più frequentemente riscontrata: il contagio può avvenire nel Paese di origine ma anche successivamente in Italia, dove è stata riscontrata una prevalenza del 7% circa nella popolazione pediatrica. Più sporadico è stato il riscontro di amebiasi. Queste parassitosi sono meritevoli di trattamento.

Complessivamente, su 69 bambini testati, il 19% è risultato positivo alla Mantoux e il 7% affetto da malattia tubercolare polmonare. Tutti provenivano da zone ad alta incidenza di TBC. Non sempre è stato facile interpretare correttamente il risultato della Mantoux con indurimenti "borderline", a causa della possibile interferenza con la vaccinazione BCG dichiarata o ipotizzata ma non sempre dimostrabile come realmente eseguita. Oggi questa limitazione può essere superata utilizzando test sierologici specifici (quali il QuantiFERON) che non vengono influenzati da una pregressa vaccinazione BCG o dall'infezione di micobatteri non tubercolari. Tale metodica, pur essendo ancora poco diffusa e poco attendibile per i bambini < 3 anni di età, pare permetta di identificare con ragionevole sicurezza i soggetti meritevoli di terapia. I risultati da noi osservati non sono assolutamente rappresentativi dell'intera popolazione di bambini immigrati o adottati, in quanto viziati da una precedente selezione, dato che nella maggior parte dei casi i nostri bambini erano stati valutati e inviati da sanitari. L'Italia continua a rimanere un Paese a bassa incidenza (meno di 10 casi di TBC ogni 100.000 abitanti), con un trend in chiara diminuzione.

Riteniamo che i bambini adottati e quelli immigrati da Paesi a evidente rischio socio-sanitario meritino una valutazione tempestiva e completa con protocolli condivisi e modalità che favoriscano e semplifichino l'accesso ai servizi sanitari. Ciò al fine di garantire e ottimizzare il loro stato di salute e il loro futuro di "nuovi italiani" e cittadini del mondo.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve i contributivi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 141. **"Il commento"** di questo numero ritorna sul problema dell'influenza H1N1 di cui non si parla più. Eppure qualcuno dovrà farlo per riflettere su alcuni errori fatti, a partire dalla politica vaccinale intrapresa. In **"Contributi originali"** due *Ricerche*: una sullo screening per minori adottati o recentemente immigrati da Paesi a rischio (che merita di essere letta per esteso) e l'altra sulle complicanze della varicella causa di ospedalizzazione, valutate in una sorveglianza retrospettiva di 27 anni. Torna la rubrica **"Newsletter pediatrica"**, nella nuova struttura di valutazione dei lavori, curata dall'Associazione Culturale Pediatri, dal Centro per la Salute del Bambino e dall'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste. Su questo numero si discute dei criteri anamnestici e clinici da valutare per l'identificazione dei bambini a basso rischio di complicanze dopo trauma cranico e delle condizioni di rischio della SIDS. In **"Casi indimenticabili"** 5 storie che riportano il "vissuto" sanitario, culturale e sociale dei percorsi diversificati che stanno dietro alle famiglie e ai bambini immigrati. **"I quiz di M&B"** si occupano di gastroenterologia e di genetica. In **"Pediatria per immagini"** un caso raro ma molto istruttivo che riguarda l'età neonatale.