



**Icilio Dodi**

**Pediatria Generale e d'Urgenza**

**Infettivologia Pediatrica**

**Ambulatorio per la presa in carico del  
bambino adottato**

**Azienda Ospedaliero- Universitaria  
di Parma**

**Promuovere la cultura dell'adozione:  
gli attori a confronto**



# Terminologia

SI

Genitori di nascita

Adozione internazionale

Rinuncia ai diritti  
genitoriali

NO

**Genitori naturali o reali**

**Adozione di bambini  
stranieri**

**Rifiuto o abbandono**

# Fidarsi della valutazione pre-adoptiva?

Cosa non possiamo sapere (con certezza) ?

Capacità verbali (disabilità linguistiche)

Problemi comportamentali

Disordine dell'affettività (attaccamento)

Rischio di disturbi dell'apprendimento

Possibilità della ripresa accrescitiva (catch-up)

Esclusione di problemi medici o di sviluppo



**I bambini stranieri adottati  
necessitano di un'attenzione  
medica particolare con  
specifiche competenze  
infettivologiche**

**la documentazione sanitaria è spesso carente e poco attendibile  
più del 50% dei bambini sono affetti da una patologia infettiva,  
non diagnosticabile con la sola visita pediatrica.**

*Hostetter M, et al. N Engl J Med 1991; 325:479-484*

*How D. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38: 401-411*

*Schulte JM, et al. Pediatrics 2002; 109: 19-22*

*Miller L. Pediatr Infect Dis J 2005; 40:286-293*





Esami di screening devono essere effettuati a tutti i bambini stranieri immigrati o adottati

**prima dell'inserimento in comunità infantili  
precocemente, all'arrivo nel Paese di accoglienza**

*Gabrielli O, et al. Riv Ital Pediatr 1999; 25:38-41*  
*Saiman L, et al. Pediatrics 2001; 108:608-612*  
*Murray TS, et al. Clin Microbiol Rev 2005; 18:510-520*  
*Miller L. Pediatr Infect Dis J 2005; 40:286-293*





# ADOZIONI INTERNAZIONALI

## PRINCIPALI PROBLEMI MEDICI ALL'ARRIVO

1. Valutazione stato nutrizione e parametri di crescita per eventuale presenza segni di denutrizione proteico-energetica, rachitismo ed altri deficit di vitamine ed oligoelementi
2. Presenza di malattie in atto, infezioni, infestazioni parassitarie, altre malattie
3. Stato vaccinale
4. Valutazioni precedenti malattie, violenze e privazioni
5. Valutazione età reale e biologica
6. Valutazione neurologica e morfologica (escludere microcefalia, segni di effetti di abuso d'alcool in gravidanza, ritardo psico-motorio, deficit neurologici, ritardo accresci-tivo, valutare funzionalità tiroidea, etc)
7. Screening udito e vista
8. Segni sospetti di malattie genetiche

# **PRINCIPALI PATOLOGIE MEDICHE NEL BAMBINO ADOTTATO**

## **Nutrizionali**

Malnutrizione (>50%), Rachitismo, Anemia ferropenica (30-40%), Vitaminopatie, Deficit di zinco, Intolleranza alimentari.

## **Difetto di accrescimento**

Difetto di crescita (>50 %)

Microcefalia (35-45%)

## **Apparato respiratorio**

Asma (10%)

## **Endocrinometabolica**

Disfunzione tiroidea per deficit di iodio, Ipotiroidismo congenito, Pubertà precoce.

## **Odontoiatrica**

Ritardo nella dentizione, Alterazioni dello smalto, Carie.

## **Dermatologica**

Scabia (25%), Pediculosi, Micosi, Impetigine.

## **Ortopedica**

Displasia dell'anca, Alterazioni della colonna, Piede varovalgo, Ginocchio varavalgo.

## **Patologie infettive**

Infezioni intestinali parassitarie (7-25%); Tuberculosi (3-25%); HBV (3-35%); HCV (12%); Sifilide, HIV, Malaria (<1%)  
HAV; Poliomielite; Citomegalovirus; Rosolia e complicazioni

## **Miscellanea**

Assenza di vaccinazioni (30-65%), Inesattezza dell'età cronologica, Intossicazioni da Piombo (1-14%), Emoglobinopatie, Patologie postesposizione a radiazioni nucleari.



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale,  
pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari**

*Il Dirigente Responsabile del Servizio*  
**Eugenio Di Ruscio**

***IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE PSICO-FISICA DEI  
BAMBINI ADOTTATI***

	TIPO	ANNO	NUMERO
<b>Reg.</b>	<b>PG</b>	<b>2007</b>	<b>297667</b>
del	22.11.2007		

# ANAMNESI PERSONALE E FAMILIARE

Ricostruzione del vissuto del bambino nel periodo precedente l'adozione con particolare riferimento: alla famiglia di origine (componenti, condizioni sociali, abitudini di vita, motivazioni dell'allontanamento del bambino..), ai contesti in cui ha vissuto (es. tipologia e caratteristiche delle strutture di accoglienza (casa-famiglia, famiglia affidataria ecc.), il tipo di relazioni instaurate con le figure di riferimento e i prestatori di cura, alle modalità educative e relazionali e di attaccamento; alla situazione igienico-sanitaria; all'alimentazione; alla scolarizzazione; allo sviluppo neuro-psico-evolutivo; alle vaccinazioni effettuate; alle patologie pregresse, croniche o congenite del bambino; eventuali disturbi del sonno, ecc.

- valutazione clinica generale: stato nutrizionale, misurazione circonferenza cranica 2, valutazione staturponderale con riferimento agli standard OMS 3, plicometria, segni di sviluppo puberale, dentizione, visus e udito, esclusione di eventuali malattie infettive dermatologiche, presenza di eventuali dimorfismi;

- valutazione dello sviluppo psico-motorio, relazionale e del linguaggio per verificare l'eventuale presenza di sintomi post-traumatici da separazione, abbandono, maltrattamento, violenza subita o assistita; etc.

# ESAMI DI I° LIVELLO

- Emocromo con formula leucocitaria
- Glicemia, creatinina, AST, ALT, fosfatasi alcalina, protidogramma, transferrina, sideremia, PCR
- Marker HBV, HCV, HIV, LUE
- Funzionalità tiroidea
- Esame chimico-fisico su urine
- Esame parassitologico delle feci (elminti, protozoi, spirochete)
- Valutazione titolo anticorpale vaccinazioni infantili
- Intradermoreazione Mantoux

# ESAMI DI II° LIVELLO (In base all'esito dei precedenti esami)

- Reticolociti, ferritinemia, Ig frazionate
- Anticorpi anti-Cisticercosi e Toxocara canis (se clinicamente sospetti o in base al paese d'origine)
- Rx torace (se mantoux positiva)
- Hb elettroforesi, Dosaggio G6PD (in base ad emocromo e paese d'origine)
- Valutazione neuropsichiatrica infantile



## **“Accoglienza sanitaria”**

- personalizzata al bambino (età, storia e Paese di provenienza)
- organizzata (esami di base e approfondimenti diagnostici, visite e consulenze specialistiche per eventuali terapie)
- in collaborazione con il medico curante, con il servizio di igiene (per le vaccinazioni)

# Problemi per i pediatri

**Valutazione dei bambini con special needs**

**Crescita corporea**

**Sviluppo psico-motorio**

**Problemi medici**

**Effetti del consumo di alcol in gravidanza**

**Problemi comportamentali all'arrivo**

**Accesso ai servizi**

**Problemi medici, psicologici e sociali seguenti (anche dopo molti anni: adolescenza, lavoro, malattie croniche, etc)**

**Preparazione al viaggio**





# Bambini con bisogni speciali

## *Special needs*

Bambini che soffrono di problemi di comportamento o che hanno subito traumi

Bambini che hanno una incapacità fisica o mentale (da minima a gravissima!)

Bambini grandi (generalmente con più di 7 anni)

Bambini che fanno parte di una fratria numerosa ( $\geq 3$ )



# Alcuni dati...

*(Rapporto della Commissione per le Adozioni Internazionali sui fascicoli dal 1° Gen - 31 Dic 2010)*

TAVOLA 1.2.2.1 - Minori segnalati con bisogni speciali e particolari per continente di origine - Anno 2010

Bisogni segnalati	Continente				Totale
	Africa	America	Asia	Europa	
Bisogni particolari <sup>(a)</sup>	7	50	18	462	537
Bisogni speciali <sup>(b)</sup>	-	3	5	72	80
Bisogni speciali e particolari	-	-	-	22	22
<b>Totale minori con bisogno segnalato</b>	<b>7</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>556</b>	<b>639</b>
Minori entrati in Italia	443	1.129	752	1.806	4.130
% minori con bisogno segnalato sugli entrati in Italia	1,6	4,7	3,1	30,8	15,5

TAVOLA 1.2.2.3 - Minori segnalati con bisogni speciali e particolari per classe di età - Anno 2010

Bisogni segnalati	Classe di età				Totale
	< 1 anno	1-4 anni	5-9 anni	10 anni e più	
Bisogni particolari <sup>(a)</sup>	6	195	262	74	537
Bisogni speciali <sup>(b)</sup>	6	41	27	6	80
Bisogni speciali e particolari	-	18	4	-	22
<b>Totale minori con bisogno segnalato<sup>(c)</sup></b>	<b>12</b>	<b>254</b>	<b>293</b>	<b>80</b>	<b>639</b>
Minori entrati in Italia	269	1.492	1.810	559	4.130
% minori con bisogno segnalato sugli entrati in Italia	4,5	17,0	16,2	14,3	15,5

Bisogni particolari: disabilità lievi o reversibili.

Bisogni speciali: patologie gravi e spesso insanabili, come quelle neurologiche e mentali.

# Rapporto della Commissione per le Adozioni Internazionali sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 dicembre 2010

Nel corso dell'anno 2010 i bambini adottati in Italia con bisogno segnalato sono stati 639 su un totale di 4.130 casi, registrando una percentuale pari al 15,5%, dato in lieve incremento rispetto all'anno 2009 (percentuale del 14,2%).

Dalla lettura dei dati, il maggior numero di bambini con bisogni segnalati proviene dall'Europa (30,8%) , con un incremento percentuale pari al 6,2 sui casi del 2009; come per gli anni precedenti, la diagnosi di massima incidenza riferisce di “ritardo psicologico o psicomotorio” (periodi precoci e lunghi di istituzionalizzazione).

**A differenza dell'Est europeo, le diagnosi dei bambini dai Paesi Centro e Sudamericani indicano malattie e bisogni da carenze di nutrizione generale. La percentuale più alta è registrata in Bolivia (16,7%), seguita da Messico, Perù, Colombia e Cile. Stesso tipo di diagnosi per i bambini dell'Africa; nel continente africano e in Asia sono da segnalare anche le patologie da scarsa igiene.**

**La fascia di età più colpita (fenomeno evidente dal 2007) è quella tra 1 e 4 anni, con una percentuale pari a 17% dei casi.**



***Adozioni internazionali o nazionali ?***

**In uno studio del 2009 Kreider & Cohen confrontano le percentuali di disabilità di 82.220 bambini provenienti da adozioni internazionali rispetto a 972.200 adottati a livello nazionale (U.S.A.) e si pongono le seguenti domande:**

**I bambini provenienti da adozioni internazionali hanno percentuali di disabilità diverse rispetto ai bambini delle adozioni nazionali?**

**Le percentuali di disabilità differiscono fra i diversi Paesi?**

**Tali differenze possono essere correlate all'età di adozione, al genere e alle caratteristiche familiari?**

**TABLE 1** Disability Status of Adopted Children Aged 5 to 15: 2000 US Census

Parameter	Internationally Adopted		US Native Adopted	
	<i>n</i> (%)	95% CI	<i>n</i> (%)	95% CI
Total	82 220 (100.0)		972 200 (100.0)	
No disabilities	72 565 (88.3)	87.61–88.99	853 915 (87.8)	87.60–88.00
Has at least 1 disability	9655 (11.7)	11.01–12.39	118 280 (12.2)	12.00–12.40
Has >1 disability	1845 (2.2)	1.89–2.51	21 560 (2.2)	2.11–2.29
Sensory disability	1665 (2.0)	1.70–2.30	14 080 (1.4)	1.33–1.47
Self-care disability	1115 (1.4)	1.15–1.65	15 915 (1.6)	1.51–1.68
Mental disability	7965 (9.7)	9.07–10.33	105 680 (10.9)	10.71–11.09
Physical disability	1590 (1.9)	1.61–2.19	15 605 (1.6)	1.52–1.68

Categories for type of disability and having at least 1 or >1 disability are not mutually exclusive. Sensory and physical disabilities were specified as “long-lasting conditions,” specifically, “blindness, deafness, or a severe vision or hearing impairment” (sensory), and “a condition that substantially limits one or more basic physical activities such as walking, climbing stairs, reaching, lifting, or carrying” (physical). Mental and self-care disabilities were elicited with the following prompt: “Because of a physical, mental, or emotional condition lasting 6 months or more, does this person have any difficulty in doing any of the following activities,” followed by separate check boxes for mental (“learning, remembering, or concentrating”) and self-care (“dressing, bathing, or getting around inside the home”). We assessed longer term disabilities.

*(Disability Among Internationally Adopted Children in the United States. Rose M. Kreider and Philip N. Cohen. Pediatrics 2009;124;1311-1318)*

# RISULTATI

**Il tasso di disabilità è simile nei 2 gruppi (11.7% vs 12.2%) e doppio rispetto ai bambini non adottati dello stesso range di età 5-15 aa (5.8%).**

**Perciò le adozioni internazionali non hanno un rischio maggiore rispetto ad altri tipi di adozione.**

**Maggiore tendenza, nei bambini da adozioni internazionali, ad avere disabilità sensoriali e fisiche rispetto a quelle mentali.**

# VALUTAZIONE FINALE



***bambini con malattie croniche o con problemi specialistici complessi:***

***infettivologici, auxologici,  
endocrinologici, neurologici,  
psicologici***

***saranno inseriti in percorsi  
specialistici appropriati***

**Terminato il lavoro di valutazione iniziale, l'equipe del Servizio affida i bambini ai pediatri di famiglia che mediante la costruzione di un rapporto di fiducia saldo e duraturo potranno rispondere ai bisogni sanitari del bambino e aiutare la sua famiglia ad accogliere questo figlio "venuto da lontano"**



**Grazie per  
l'attenzione**

**Ambulatorio per la presa in carico del bambino adottato**

**[idodi@ao.pr.it](mailto:idodi@ao.pr.it)**

**[vamaffini@ao.pr.it](mailto:vamaffini@ao.pr.it)**

**Tel. 0521-702224/702225**