

Stato di salute dei bambini adottati dalla Colombia

Francesco Cataldo¹, Mauro Zaffaroni², Anna Ficcadenti³, Piero Valentini⁴, Silvia Garazzino⁵, Giuseppina Veneruso⁶, Franco Colonna⁷, Laura Panigati², Miriam Gatto², Agata Bizzocchi², Elena Montesi³, Denise Maravalle³, Leyla Bianchi⁶, Livia Gargiullo⁴, Sonia Aguzzi⁵, Irene 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

Abstract 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".

RIASSUNTO

Obiettivo - Da qualche anno i bambini adottati in Italia dalla Colombia sono in progressivo aumento, ma non se ne conoscono i problemi sanitari specifici. Questo studio multicentrico e retrospettivo valuta le condizioni di salute dei bambini adottati dalla Colombia al loro arrivo in Italia.

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 Gruppo di Studio GLNBI SIP, e le loro condizioni di salute sono state confrontate con le 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 della adozione. Comuni anche le malattie infettive (specie le infestazioni intestinali e l'epatite A) mentre lo stato vaccinale risultava spesso insufficiente nonostante fosse riportato come eseguito e completo.

Conclusioni - I bambini adottati dalla Colombia, come tutti quelli adottati dall'estero, all'arrivo in Italia richiedono attenzioni particolari perché hanno "bisogni sanitari speciali".

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 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la ratifica della Convenzione dell'Aja, dal 16/11/2000 al 31/12/2011 sono state in totale 36.117 (Tabella I). Dal 2010 l'Italia è divenuto il secondo Paese, dopo gli Stati Uniti, meta di adozioni internazionali¹.

I bambini adottati dall'estero, al loro arrivo nel Paese di adozione, richiedono, da parte dei pediatri, attenzioni particolari per diversi motivi: le loro cartelle cliniche di accompagnamento sono spesso inaffidabili; molti di loro sono malnutriti o hanno problemi cognitivo-comportamentali legati a lunghi periodi di istituzionalizzazione; alcuni presentano i più disparati stati morbosi non riferiti nelle loro cartelle sanitarie, mentre altre malattie sono riportate erroneamente e il loro calendario vaccinale è spesso incompleto o inaffidabile².

In Italia le poche indagini sui bambini adottati dall'estero provengono dall'esperienza di alcuni Centri di riferimento per le

adozioni internazionali. Tali indagini non tengono conto del Paese da cui giungono questi bambini²⁻⁵ oppure sono relative a casistiche di soggetti provenienti prevalentemente dall'est Europa^{6,7}. Mancano invece studi rivolti a bambini adottati dall'America Latina e in particolare dalla Colombia.

Il flusso di adozioni internazionali da quest'ultimo Paese verso l'Italia è recentemente aumentato (*Tabella I*). Dal 2010 inoltre la Colombia è diventata, dopo la Federazione Russa, il secondo Paese di provenienza di adozioni internazionali verso l'Italia¹. 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 numerosi: 50.000 secondo le cifre ufficiali⁸, ma verosimilmente di più. 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 affidatarie⁸.

Questa indagine ha 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 (GS GLNBI SIP).

Anno	Totale adozioni internazionali	Adozioni dalla Colombia (%)
2006	n 3.188	n 289 (9,01)
2007	n 3.420	n 380 (11,1)
2008	n 3.997	n 434 (10,9)
2009	n 3.994	n 444 (11,2)
2010	n 4.130	n 592 (14,3)
2011	n 4.022	n 554 (13,8)

MATERIALI E METODI

Lo studio è multicentrico, retrospettivo, relativo al periodo dal 1° Giugno 2008 al 30 Novembre 2011 e riguarda 331 bambini, 189 maschi e 142 femmine, osservati ad Ancona, Firenze, Roma, Novara, San Vito al Tagliamento (Pordenone), Torino. Nella casistica non sono presenti coppie di gemelli, ma 69, 31 e 5 volte vi erano rispettivamente 2, 3 e 4 o più fratelli. I bambini studiati avevano un'età compresa tra 1 mese e 3 anni (80 soggetti), tra 3 e 6 anni (111 soggetti), tra 6 e 9 anni (94 soggetti) e oltre 9 anni (46 soggetti) e sono stati esaminati tra la 1° e la 4° settimana dal loro arrivo in Italia. Le loro condizioni di salute sono state valutate in maniera omogenea in ogni Centro, seguendo il protocollo del GS GLNBI SIP² che prevede:

- la raccolta dei dati anamnestici, clinici e di laboratorio riportati nelle cartelle cliniche di accompagnamento, con particolare riguardo all'anamnesi familiare dei genitori biologici, all'età gestazionale, al peso e all'indice di Apgar alla nascita, alle vaccinazioni e all'anamnesi patologica;
- un esame clinico completo, incluse eventuali consulenze specialistiche (oculistiche, ortopediche, otiatriche ecc.) se ritenute necessarie;
- 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

RELAZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO

Tutti i bambini erano stati "ninos en la calle". Prima dell'adozione, 147 di loro erano stati presso famiglie affidatarie e 70 in orfanotrofi, mentre degli altri 114 non si conosce la provenienza. La permanenza in orfanotrofi o nelle famiglie affidatarie è stata nella maggior parte dei casi (171) prolungata (da 1 a 4 anni), in 31 decisamente protratta (più di 4 anni), e in 51 di breve durata (meno di 1 anno), mentre in 78 casi non era nota. I motivi che hanno determinato l'abbandono non erano conosciuti 214 volte, mentre 69 bambini erano stati abbandonati alla nascita, 29 per maltrattamento o incuria subiti in famiglia, 13 per genitori tossicodipendenti, 3 per genitori alcolisti e 3 perché orfani di entrambi i genitori.

129 bambini sono giunti in Italia sprovvisti di cartelle sanitarie di accompagnamento. Tra i rimanenti 202 soggetti l'anamnesi familiare era riferita solo 98 volte, e mai erano riportate le condizioni sanitarie della madre durante la gravidanza. La durata della gestazione e il peso alla nascita erano riferiti rispettivamente 23 e 25 volte, e solo 12 e 8 volte veniva precisato che il peso alla nascita era inferiore a 2500 kg e il parto prematuro. L'indice di Apgar alla nascita non era mai riportato.

A volte (51/202 bambini) venivano riferite situazioni patologiche, anche gravi, poi escluse dall'esame clinico e dalle successive indagini di laboratorio (*Tabella II*).

Diagnosi riferita	Numero di casi
-------------------	----------------

Malnutrizione	n 8
Forame ovale pervio	n 3
Anemia sideropenia	n 8
Blocco atrio ventricolare	n 3
Ipertrofia ventricolare	n 1
Ritardo sviluppo psicomotorio	n 6
Lussazione congenita dell'anca	n 1
Disturbi del comportamento	n 1
Scoliosi	n 1
Sindrome da iperattività	n 1
Cifosi	n 1
Epilessia	n 1
Piede equino	n 2
Pancreatite	n 1
Malattia reflusso gastroesofageo	n 3
Spina bifida occulta	n 1
Gastrite da Helicobacter	n 1
Insufficienza surrenalica congenita	n 1
Allergia alimentare	n 1
Malformazione vie urinarie	n 1
Sifilide congenita	n 2
Epatite B	n 1

CONDIZIONI DI SALUTE ALLA PRIMA VISITA

La *Tabella III* mostra gli stati morbosi rilevati al primo controllo clinico. Tra questi, quelli più frequenti e gravi riguardano l'accrescimento, alcune carenze nutrizionali, i disturbi comportamentali, i ritardi di sviluppo cognitivo, alcune malattie infettive e una condizione vaccinale non adeguata.

Relativamente alla crescita e allo stato nutrizionale 18, 25 e 26 bambini presentavano rispettivamente peso, altezza e rapporto peso/altezza inferiori al 5° centile, 31 anemia da carenza di ferro e 1 rachitismo florido, mentre 22 di loro avevano solo dati bioumorali di carenza di vitamina D (aumento della fosfatasi alcalina e/o bassi livelli di 25OHD). Tali condizioni non erano più frequenti e gravi nei soggetti istituzionalizzati da più tempo (dati non mostrati).

I disturbi cognitivo-comportamentali erano costituiti da ritardo del linguaggio (n = 4), enuresi (n = 4), aggressività (n = 2), sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione (n = 2), bruxismo, comportamento oppositivo, comportamenti sessualizzanti (1 caso per ciascuno di questi), a volte associati nello stesso soggetto ed osservati in 10 dei 15 bambini che avevano subito maltrattamenti o abusi.

Tra le malattie infettive, le parassitosi intestinali erano quelle più frequenti: Toxocariasi (n = 66), Giardiasi (n = 44), Entamoeba histolytica (n = 26), Blastocystis hominis (n = 15), Endolimax nana (n = 8), Ascaris lumbricoides (n = 5), Strongyloides stercoralis (n = 3), Hymenolepis nana (n = 2), Trichuris trichiura (n = 2), Enterobius vermicularis (n = 1). 30

bambini presentavano contemporaneamente due parassiti e 9 tre.

Abbiamo osservato 1 caso di TBC polmonare attiva, 24 bambini con pregressa epatite A, 1 con epatite cronica B, 1 con epatite C, 1 con lue congenita e 1 con anchilostomiasi. Non erano presenti soggetti con infezione da HIV (anche se in un caso era riferita infezione materna), mentre 5 bambini erano affetti da scabbia ed altri 5 da mollusco contagioso.

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). A volte nelle schedule vaccinali venivano inoltre riportate vaccinazioni che non sono obbligatorie in Colombia (*Tabella IV*).

La vaccinazione antitubercolare era riportata in 150 schedule vaccinali, ma la relativa cicatrice veniva rilevata in 139 bambini. La Mantoux risultava positiva (più di 10 mm di diametro) in 7 soggetti (in 2 di questi è stato eseguito con esito positivo anche il Quantiferon), mentre in altri 2 bambini, che non hanno eseguito la Mantoux, il Quantiferon era positivo. In questi 9 soggetti che non presentavano segni clinici di localizzazione d'organo e avevano una VES e un Rx torace normali, è stata posta diagnosi di TBC latente.

In alcuni bambini entro un mese dall'arrivo in Italia sono stati ricercati gli anticorpi contro alcune patologie. Quelli protettivi nei confronti di poliomielite, tetano, difterite, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, varicella e epatite B erano presenti rispettivamente in 55/77, 291/325, 61/68, 46/58, 67/113, 57/95, 90/121, 27/56 e 168/253 soggetti.

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.

Anche se lo studio ha qualche limitazione (è retrospettivo e trasversale, non prospettico e non fornisce notizie sul follow-up) esso è stato eseguito in maniera omogenea (i Centri che vi hanno partecipato hanno seguito il protocollo per le adozioni internazionali del GS GLNBI SIP) e, per la sua numerosità, appare rappresentativo delle condizioni di salute dei bambini adottati dalla Colombia. Esso inoltre è il primo che dà notizie sul loro stato di salute all'arrivo in Italia, indicando quindi le strategie da seguire per i loro problemi sanitari.

La nostra indagine mostra, innanzitutto, che le relazioni di accompagnamento dei bambini adottati dalla Colombia mancano e sono poco attendibili (se presenti, spesso non riferiscono i motivi che hanno determinato l'abbandono e non riportano notizie sull'anamnesi familiare, la durata della gravidanza, le modalità del parto, il peso alla nascita, l'indice di Apgar e l'anamnesi patologica). Tali rilievi sono più frequenti di quanto osservato in bambini adottati da altri Paesi^{7,9-12} e possono essere secondari al fatto che è molto difficile avere notizie precise su soggetti che prima dell'adozione sono stati "ninos en la calle". La mancanza di questi elementi anamnestici così importanti peraltro rende difficile l'approccio clinico e indica che è necessaria la massima attenzione da parte di chi si prende cura di questi bambini.

Analoghe considerazioni derivano dal fatto che, come nelle adozioni internazionali da altri Paesi^{7,9,11,13-16}, le relazioni sanitarie di accompagnamento spesso riportano stati morbosi per lo più allarmanti ma poi esclusi, mentre altre volte non vengono menzionate malattie anche gravi. Tutto ciò può dipendere da errori volontari commessi per facilitare l'adozione, da trascuratezza nei confronti di bambini istituzionalizzati o da errori nella traduzione in italiano delle relazioni sanitarie, e deve quindi indurci a non accettare passivamente come assolutamente veritiero quanto viene riportato.

Un altro aspetto problematico di questi bambini è, diversamente da quanto si verifica in bambini adottati da altri paesi^{7,9-11,16,17}, la loro incerta età anagrafica. La maggior parte di loro infatti proviene dalla strada e non si possono quindi avere notizie certe sulla loro reale data di nascita.

I nostri dati mostrano che i bambini adottati dalla Colombia necessitano al loro arrivo di una valutazione dello stato nutrizionale. Possono, infatti, presentare ritardo di crescita e a volte anche stati morbosi di tipo carenziale (anemia, rachitismo florido o subclinico). Tali condizioni, che tuttavia sono meno comuni e meno gravi di quanto recentemente osservato nei bambini adottati in Italia dall'est Europa⁷, possono essere conseguenza delle loro precedenti condizioni di vita.

Analogamente, i disturbi comportamentali e i ritardi di sviluppo cognitivo sono correlabili alle privazioni emozionali e affettive (compresi gli abusi e i maltrattamenti) che essi hanno subito prima nelle famiglie di origine e poi durante la vita in strada e nelle sedi di istituzionalizzazione. Non abbiamo invece osservato alcun caso di sindrome feto-alcolica e di ritardo dello sviluppo cognitivo-comportamentale a essa associabile¹⁷. Tali condizioni sono comuni nei bambini adottati dai Paesi dell'est Europa dove l'alcolismo è molto diffuso^{2,9,14}, mentre verosimilmente non sono presenti nella nostra casistica perché in Colombia la dipendenza dall'alcool è molto meno frequente e grave.

Nei bambini studiati abbiamo osservato una più bassa incidenza di sindromi malformative e di gravi patologie del sistema nervoso rispetto a quelli provenienti dalla Cina¹⁶ e dai Paesi dell'est Europa^{7,9,14}. In Cina ciò può essere correlato al fatto che le Autorità Nazionali preferiscono dare in adozione bambini con tali patologie¹⁶, mentre per i Paesi dell'est Europa è stata ipotizzata una relazione con la notevole diffusione dell'alcolismo materno¹⁴. Può tuttavia essere anche verosimile che tra i bambini adottati dalla Colombia la minore frequenza di tali anomalie sia in relazione al fatto che essi sono stati bambini di strada dove per sopravvivere è necessario non avere handicap o gravi difetti fisici.

21 bambini all'arrivo presentavano alterazione della funzionalità tiroidea senza segni clinici di ipotiroidismo (*Tabella III*). La causa di tale fenomeno, osservato anche tra i bambini adottati dal Guatemala e dalla Cina^{11,16}, può essere ricondotta alla carente assunzione di iodio con la dieta prima dell'adozione¹⁶, come suggerisce anche la normalizzazione della funzionalità tiroidea dopo un breve periodo dall'arrivo in Italia quando le loro condizioni alimentari migliorano sensibilmente. Peraltro, la frequenza di questa condizione nei bambini adottati dalla Colombia, anche se transitoria, suggerisce di eseguire sempre lo screening sulla funzionalità tiroidea al loro arrivo in Italia.

Abbiamo osservato anche un'elevata incidenza di malattie infettive. Queste, contrariamente a quanto si verifica nei bambini provenienti dall'est Europa, dall'Asia Meridionale, dalla Cina e dall'Africa che più frequentemente^{18,19} sono affetti da tubercolosi e da epatite B e C, erano prevalentemente rappresentate da epatite A e infestazioni intestinali, mentre erano presenti un solo caso di epatite B, uno di epatite C e uno di tubercolosi attiva. Tali discordanze con i bambini adottati provenienti da altre aree geografiche non devono sorprendere perché riflettono la differente diffusione delle malattie infettive nel mondo: in Colombia le infestazioni intestinali e l'epatite A sono quasi endemiche, mentre la TBC e le epatiti B e C hanno una diffusione minore¹⁸⁻²⁰. L'assenza invece nella maggior parte dei nostri soggetti di eosinofilia e di sintomi gastrointestinali deve indurre a ricercare nelle feci dei bambini adottati dalla Colombia uova e/o parassiti intestinali e a eseguire indagini sierologiche mirate (Toxocara). La presenza infine di 5 bambini con mollusco contagioso, di altri 5 con scabbia e di un elevato numero di epatiti A e di infestazioni intestinali costituisce un indice delle scadenti condizioni igienico-sanitarie in cui essi vivono prima dell'adozione.

Abbiamo anche osservato un bambino con una malattia pa-

rassitaria comune nell'America Latina (anchilostoma). Questo rilievo suggerisce di non abbassare l'attenzione nei confronti delle malattie esotiche parassitarie proprie di queste aree del mondo (quali, per esempio, anche la tripanosomiasi e la schistosomiasi) quando sintomi per noi atipici o inusuali

si presentano in bambini adottati dalla Colombia. Inusuale è stato invece il riscontro di un bambino di etnia colombiana con una anemia costituzionale (drepanocitosi) tipica di altre aree del mondo (*Tabella III*).

Stati morbosi non riferiti	Numero di casi
Ritardato accrescimento ponderale	n 18
Infestazioni intestinali	n 172
Ritardato accrescimento staturale	n 25
Pregressa epatite A	n 24
Ridotto rapporto peso/altezza	n 26
Tubercolosi attiva	n 1
Anemia sideropenia	n 31
Tubercolosi latente	n 9
Rachitismo florido	n 1
Scabbia	n 5
Rachitismo subclinico*	n 22
Mollusco contagioso	n 1
Ritardo età ossea	n 1
Epatite cronica B	n 1
Epatite C	n 1
Sifilide congenita	n 1
Disturbi cognitivo-comportamentali	n 15
Blocco di branca	n 2
Maltrattamenti/abusi	n 15
Forame ovale pervio	n 1
Ritardo sviluppo psicomotorio	n 6
Canale atrio ventricolare	n 1
Paresi spastica	n 1
Epilessia	n 1
Piedi piatti	n 3
Criptorchidismo	n 3
Scoliosi	n 1
IPLV	n 1
Varismo ginocchia	n 1
Celiachia	n 1
Valgismo ginocchia	n 1
Drepanocitosi	n 1
Alterazione ormoni tiroidei**	n 21

La bassa incidenza nella nostra indagine di bambini con sifilide (1 solo caso) e l'assenza di infezioni da HIV è comune a numerosi altri studi sui bambini adottati dall'estero, anche se la lue congenita è un'infezione non rara nei Paesi dell'est Europa^{18,19}. Questi rilievi sono molto probabilmente conseguenza degli screening sierologici eseguiti regolarmente e con molta attenzione nei Paesi di origine, che tendono a identificare i soggetti infetti per escluderli dall'adozione internazionale. Peraltro, è sempre consigliabile eseguire in tut-

ti i bambini adottati dall'estero al loro arrivo in Italia uno screening sierologico per questi stati morbosi, perché costituiscono motivo di grave ansia e apprensione per i genitori adottivi.

Nella nostra casistica molti bambini non avevano schedule vaccinali e queste, quando presenti, non di rado apparivano poco affidabili. Infatti a volte riportavano vaccinazioni che in Colombia non sono obbligatorie (tale rilievo appare quantomeno dubbio in una nazione con un sistema sanitario pubbli-

co poco efficiente e in bambini abbandonati dalle famiglie), mentre altre volte la valutazione dello stato immunitario (titoli anticorpali, Mantoux o Quantiferon) risultava negativa. Le ragioni di ciò possono risiedere: nella cattiva conservazione dei vaccini utilizzati, che diminuisce la loro capacità immunizzante, nella malnutrizione di questi bambini, che può ridurre la risposta anticorpale, e nel fatto che a volte l'avvenuta esecuzione delle vaccinazioni può essere riportata falsamente per favorire l'adozione. 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^{4,12,21-27}, 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^{2,21,28}.

Vaccinazioni	Numero di vaccinazioni riferite
ANTIPOLIO	n 142
ANTI DTP	n 181
ANTI HBV	n 168
ANTI MPR	167
ANTI Hi.B	n 74
ANTI FEBBRE GIALLA	n 67
ANTI INFLUENZA	n 10
ANTIVARICELLA	n 9
ANTI PNEUMO-COCCO	n 8
ANTIMENINGOCOCCO	n 7
ANTIROTAVIRUS	n 2

In conclusione, 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, analogamente a quelli provenienti da altri Paesi, necessitano di particolare attenzione perché:

- 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;
- in questi bambini appaiono meno frequenti rispetto a quelli adottati da altri Paesi (Cina ed est Europa) gli stati malformativi, le gravi patologie del sistema nervoso, la sindrome feto-alcolica ed 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;
- essi possono presentare stati morbosi legati alla loro deprivazione nutrizionale ed emotivo-relazionale, e i loro calendari vaccinali spesso non risultano attendibili o sono incompleti. Anche i bambini adottati dalla Colombia, come quelli provenienti da altri Paesi²⁹, al loro arrivo in Italia sono quindi bisognosi di attenzioni sanitarie particolari.

Conflitto di interesse: nessuno.

Bibliografia

- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Rapporto della Commissione per le Adozioni Internazionali 2011. www.commissioneadozioni.it
- Adami Lami C. Accoglienza sanitaria al bambino adottato dall'estero: progetto di attività in rete dei servizi di riferimento. In: Cataldo F, Gabrielli O, eds. Il bambino immigrato: attualità e prospettive. Vol 2. Editeam 2005;95-109.
- Gabrielli O, Burattini I, Petroni V, et al. Il bambino adottato proveniente dall'estero: quali novità per il pediatra. Atti 59° Congresso Nazionale Pediatria, Roma Sett. 2003. Quaderni di Pediatria 2003;2:314-6.
- Pedemonte E, Rosso R, Iozzi C et al. Infectious diseases in adopted children coming from developing countries: a possible approach. Ital J Ped 2002;28:392-5.
- Virdis R, Street ME, Zampoli M. Precocious puberty in girls adopted from developing countries. Arch Dis Child 1998;78:152-4.
- Cataldo F, Porcari V, Canziani F. Behavioural problems in adoptees from Eastern Europe. Ital J Ped 2007;33:156-64.
- Cataldo F, Viviano E. Health problems of internationally adopted children. Ital J Ped 2007;33:92-9.
- Istituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) www.icbf.gov.co
- Albers LH, Johnson DE, Hostetter K et al. Health of children from the former Soviet Union and Eastern Europe. JAMA 1997;278:922-4.
- Johnson DE, Miller LC, Iverson S, et al. The health of children adopted from Romania. JAMA 1992;24:3444-51.
- Miller L, Chan W, Comfort K, et al. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. Pediatrics 2005;115:710-7.
- Schulte JM, Maloney S, Aronson J, et al. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children. Pediatrics 2002;109:22-6.
- Bureau JJ, Maurice C, Bremond M et al. L'enfant adopté d'origine étrangère en France. Analyse de 68 observations sue 12 ans au CHU de tours. Arch Ped 1996;6:1053-8.
- Landgren M, Grolund MA, Elfstrand P. Health before and after adoption from Eastern Europe. Acta Paed 2006;95:720-5.
- Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, et al. Medical evaluation of internationally adopted children. N Eng J Med 1991;325:479-85.
- Miller LC. Health of children adopted from China. Pediatrics 2000;105:76-81.
- Stromland K. Fetal alcoholism syndrome - a birth defect recognized worldwide. Fetal Maternal Med Rev 2004;15:59-71.
- Miller L. International adoption: infectious diseases issues. Clin Inf Dis 2005;40:286-93.
- Chen LH, Barnet ED, Wilson ME. Preventing infectious diseases during and after international adoption. Ann Intern Med 2003;139:371-8.

- Fischer GE, Teshale EH, Miller L, et al. Hepatitis A among international adoptees and their contacts. *Clin Inf Dis* 2008;47:812-4.
- Viviano E, Cataldo F, Accomando S, et al. Immunization status of internationally adopted children. *Vaccine* 2006;24:4138-43.
- Miller LC, Comfort K, Kelly N. Immunization status of internationally adopted Children. *Pediatrics* 2001;108:1050-1.
- Schulp TWJ, Van Seventer AHJ, Rumke HC et al. Immunization status of children adopted from China. *Lancet* 2001;358:2131-2.
- Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia and Eastern Europe (Abstract). *Ped Res* 1998;43:147A.
- Staat MA, Daniels D. Immunization verification in internationally adopted children (Abstract). *Ped Res* 2001;49:468A.
- Verla-Tebit E, Zhu X, Holsinger E et al. Predictive value of immunization records and risk factors for immunization failure in internationally adopted children. *Arch Ped Adol Med* 2009;163:473-9.
- Staat MA, Stadler LP, Donaur S et al. Serological testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases. *Vaccine* 2010;28:7947-55.
- Cilleruelo MJ, De Orby F, Ruiz-Contreras J, et al. Internationally adopted children: what vaccine should they receive? *Vaccine* 2008;26:5784-90.
- Guercio Nuzio S, Fiorito C, Agarla V, Pagani A, Zaffaroni M, Bona G. Adozioni internazionali di bambini “Special needs”: una realtà in continua espansione. Atti 66° Congresso Nazionale SIP, Roma 2010:120.