

# Il testo del documento GLNBI-SIP

## PRIMA FASE

### Anamnesi

- personale e familiare:
  - ▼ area di provenienza e condizioni che hanno caratterizzato la vita del bambino prima della migrazione, in famiglia o istituzionalizzato, campo profughi, in residenza urbana o extra-urbana, scolarizzazione, religione e abitudini alimentari. Per quel che riguarda il bambino adottato ricostruzione dell'iter adottivo della coppia e del vissuto pre-adoztivo del minore, eventuali informazioni sulle modalità dell'adozione e sull'Ente Autorizzato (L. 476/98, art.31) coinvolto nella procedura;
  - ▼ condizioni e modalità che hanno determinato e caratterizzato il percorso migratorio (durata totale del viaggio, bambino arrivato con uno o più familiari, minore non accompagnato, bambino adottato);
- patologica: remota e prossima;
- valutazione della documentazione vaccinale.

### Valutazione clinica generale

- segni vitali: temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa;
- segni di disidratazione (eventuali);
- crescita staturale-ponderale: peso, altezza, circonferenza cranica (consultare sito WHO Child Growth Standards [www.who.int/childgrowth/standards/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/en/));

- dentizione, visus, udito;
- dismorfismi e anomalie muscolo-scheletriche (eventuali);
- cute e annessi: cicatrici o lesioni da maltrattamento;
- genitali esterni e perineo (per eventuali mutilazioni o abusi sessuali) e sviluppo puberale, tenendo in considerazione le caratteristiche psicologiche, culturali e religiose del minore;
- esame neurologico;
- valutazione dello sviluppo psico-motorio, relazionale e del linguaggio (per eventuali sintomi post-traumatici da separazione, abbandono, maltrattamento, violenza subita o assistita).

### Indagini di primo livello

#### Esami di laboratorio:

- emocromo completo, con formula leucocitaria;
- glicemia, azotemia, creatinemia, transaminasi, protidemia, ferritina mia;
- fosfatasi alcalina, calcemia e fosforemia;
- esame urine completo con sedimento;
- TSH;
- sierologia per HBV (HBsAg, HBsAb), HCV, HAV e HIV (tenendo conto del periodo finestra);
- sierologia per LUE;
- sierologia vaccinale 1: anticorpi (Ac) anti-tetano (solo nei minori di età inferiore a sette anni);
- esame parassitologico delle feci su tre campioni, a giorni alterni;
- intradermoreazione secondo Mantoux.

*Nota bene:* Il calendario vaccinale e il tipo di vaccinazioni consigliate non è omogeneo nelle Regioni italiane, tanto meno nei vari Paesi di provenienza. Nei bambini di recente immigrazione è necessario attuare una strategia di vaccinazione in accordo con le indicazioni del Calendario vaccinale della Regione di pertinenza. Riguardo la copertura vaccinale in un bambino migrante non vi è al momento un consenso internazionale sulla strategia da seguire. La

verifica della risposta anticorpale per tutte le vaccinazioni è dispendiosa e non permette di differenziare l'immunizzazione naturale da quella vaccinale, a eccezione degli esami sierologici per l'epatite B. L'assenza di documentazione relativa alle vaccinazioni eseguite, implica una probabile mancata o non adeguata vaccinazione e necessità di rivaccinazione. I bambini di età inferiore ai 7 anni non dovrebbero ricevere più di sei dosi di vaccino Difterite-Tetano per il rischio di reazioni locali e/o sistemiche. In questo caso è indicato eseguire la ricerca quantitativa anticorpale per tetano su siero per valutarne la risposta immune: valore protettivo titolo Ac maggiore e uguale 0.1 UI/ml, titolo considerato indicativo anche della risposta immune del vaccino antidifterico.

### Esami strumentali: esclusivamente su indicazione clinica

**Consulenze specialistiche:** visita oculistica (dai 3 anni di età o prima se presente storia di prematurità e/o asfissia peri-natale).

## SECONDA FASE

### Indagini di secondo livello

(in base all'esito dei precedenti e al quadro clinico)

#### Esami di laboratorio:

- studio delle emoglobinopatie e deficit G6PDH (su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza);
- in caso di eosinofilia (i valori normali di eosinofili per l'età pediatrica sono in numero assoluto <300/mm<sup>3</sup> e percentualmente 2-3%. Si definisce eosinofilia un numero di eosinofili nel sangue periferico >450/mm<sup>3</sup>, classificata in 3 gradi: LIEVE 450-1500 cell/mm<sup>3</sup>, MODERATA 1500-5000 cell/mm<sup>3</sup> e MARCATA >5000/mm<sup>3</sup>):
  - ▼ ASINTOMATICA con esame parassitologico negativo: ricerca Ac anti-Strongyloid-es e Ac anti-Schistosoma. Se eosinofilia >20% si consiglia esecuzione anche di Ac anti-Filaria e Ac anti-Toxocara;
  - ▼ SINTOMATICA: visita infettivologica pediatrica;

- in caso di febbre, malessere generale con/senza sintomi gastrointestinali: screening per malaria con/senza copro coltura;
- in caso di Mantoux positiva: conferma con IGRA (Interferon -gamma release assays) in particolare con test QuantiFERON-TB;
- in caso di sospetto clinico e/o laboratoristico di rachitismo: Vitamina D, Paratormone (PTH) e Magnesio ematici.

### Esami strumentali in base all'indicazione clinica:

- in caso di Mantoux positiva: radiografia del torace e/o altra indagine radiologica;
- per la determinazione anagrafica della minore età:
  - ▼ considerare la mancanza di evidenze scientifiche che supportano l'utilizzo della radiografia della mano e del polso sinistro, utile al riscontro dei nuclei di ossificazione;
  - ▼ si consiglia invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per valutazione multidisciplinare.

### Visite specialistiche su indicazione clinica o laboratoristica:

- visita audiologica (se disturbo o ritardo di linguaggio e/o dello sviluppo cognitivo/relazionale);
- visita NPI (se presenti indizi di stress psichico o alterazione dello sviluppo neuropsichico);
- visita/ consulenza infettivologica pediatrica;
- visita odontoiatrica;
- visita chirurgica pediatrica, se indicate anche quella oro-facciale e plastica;
- visita ortopedica;
- visita endocrinologica;
- visita dermatologica;
- visita cardiologica.