IV
CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA OSPEDALIERA

Incontri Pediatrici Normanni: XV Congresso Nazionale

"La Pediatria Ospedaliera nel 150° Anno dell'Unità di Italia"

Congresso elettivo per il Nuovo Direttivo SIPO
per medici ed infermieri pediatrici, per il triennio 2011/2014

CAPRI 6-7-8 ottobre 2011

Hotel "La Residenza" via F. Serena, 2

Evento promosso dalla SIPO (Società Italiana Pediatria Ospedaliera)

Con il patrocinio di

Società Italiana di Pediatria

SIN Società Italiana di Neonatologia

Turkish National Paediatric Society (T.N.P.S.)

Turkish Neonatal Society

Gruppo Normanno di Nefrourologia Neonatale e Pediatrica (ONLUS)

GRUPPO DI STUDIO DI NEFROLOGIA DELLA SIN
Provincia di Caserta
Città di Capri
Città di Aversa
Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Caserta
Associazione Nazionale Genitori - A.Ge.
Network Progetto Andrea
Associazione Nazionale Assistenza Bambini in Ospedale (A.N.A.B.O. - ONLUS)

Indice

PROGRAMMA **5**

INTRODUZIONE **10**

RELAZIONI **11**

RELAZIONI INFERMIERI **57**

ABSTRACT

- ABSTRACT NEONATOLOGIA **71**
- ABSTRACT PEDIATRIA **99**

INDICE DEGLI AUTORI **162**

IV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI PERDIATRIA OSPEDALIERA

Incontri Pediatrici Normanni: XV Congresso Nazionale

La Pediatria Ospedaliera nel 150° Anno dell'Unità d'Italia

Congresso elettivo per il Nuovo Direttivo SIPO
per medici ed infermieri pediatrici, per il triennio 2011/2014

CAPRI 6-7-8 ottobre 2011
Hotel "La Residenza"

Programma

Giovedì 6 ottobre 2011

16.00 **Cerimonia di inaugurazione e saluti delle Autorità**

16.15 Introduzione al Congresso
Salvatore Vendemmia (Aversa)

PRIMA SESSIONE
Presidenti: Alberto G. Ugazio (Roma), Luigi Falco (Caserta)
Moderatori: Mariano Manzionna (Monopoli, BA), Antonio Mazza (Cles, TN), Massimo Ummarino (Napoli)

16.30 La situazione attuale delle strutture pediatriche ospedaliere
Francesco Paravati (Crotone)

16.45 Gli ospedali pediatrici in Italia
Pasquale Di Pietro (Genova)

17.00 La formazione degli specializzandi in pediatria e l'assistenza pediatrica ospedaliera
Giovanni Corsello (Palermo)

17.15 Lo screening neonatale delle malattie metaboliche ereditare: dove siamo?
Generoso Andria (Napoli)

17.30 I farmaci "unlicenzed e off-label": i problemi di Risk-management
Vassilios Fanos (Cagliari)

17.45 La terapia domiciliare nelle malattie metaboliche: un esempio di attuazione
Orazio Gabrielli (Ancona)

18.30 Discussione
Iride Dello Iacono (Benevento) – Raffaele Domenici (Lucca)

19.00 **Assegnazione Premi di Studio**
a cura di Luigi Cantelli (Aversa), Luigi Cataldi (Roma),
Vincenzo Pio Comune (Giugliano), Salvatore Vendemmia (Aversa)

Venerdì 7 ottobre 2011

SECONDA SESSIONE
Presidenti: Mauro Stronati (Pavia) - Rino Agostiniani (Pistoia)
Moderatori: Angelo Basilicata (Benevento), Giuseppe Claps (Roma), Giuseppe Colucci (Ostuni)

08.30 Età limite e ricovero nei reparti di pediatria: il problema dell'adolescenza
Giuseppe Caramia (Ancona)

08.45 Reti neonatali e pediatriche ospedaliere regionali
Antonio Carlucci (Ascoli Piceno), Carmine Ruta (Ancona)

09.00 Una rete assistenziale neonatale su due livelli?
Gennaro Vetrano (Benevento)

09.15 Oncologia ed ematologia pediatrica. Situazione attuale in Italia
Fiorina Casale (Napoli)

09.30 I problemi psicosomatici e minzionali dell'adolescente
Pietro Ferrara (Roma)

09.45 L'odontoiatria nel futuro della pediatria ospedaliera: l'organizzazione a rete delle attività odontoiatriche
Marco Baldoni, Dorina Lauritano (Monza, MB)

10.00 La mappa delle pediatrie e neonatologie italiane: 2a edizione
Riccardo Longhi (Milano), Domenico Minasi (Reggio Calabria)

10.30 Discussione
Gerardo Chirichiello (Avellino), Raffaele Coppola (Aversa)

Pausa caffè

TERZA SESSIONE
Presidenti: Paolo Indolfi (Napoli), Attilio Romano (Caserta)
Moderatori: Alfio Cristaldi (Roma), Lucio Rizzo (Portoferraio, LI), Maria Vendemmia (Caserta)

11.00 La rete delle specialità pediatriche
Carmine Pecoraro (Napoli)

11.15 La rete per l'emergenza urgenza
Gianni Messi (Trieste)

11.30 Fuga dagli ospedali
Pietro Vajro (Salerno)

11.45 Ospedale e territorio
Giuseppe Di Mauro (Aversa)

12.00 U.O. Pediatriche: la terapia semintensiva
Renato Cutrera (Roma)

12.15 Cosa accade alla pediatria europea?
Alberto Podestà (Milano)

12.30 Ruolo degli ospedali pediatrici oggi in Italia
Dino Faraguna (Trieste)

13.00 Discussione
Carlo Tolone (Napoli), Alberto Villani (Roma)

13.30 Colazione di lavoro

13.00-15.00 **COMUNICAZIONI**
Presidente: Francesco Raimondi (Napoli)
Moderatori: Ettore Cataldi (Frosinone), Antonello Pisanti (Napoli), Giuseppe Tumminelli (San Cataldo, CL)

13.00-15.00 **POSTER**
Presidente: Vincenzo Riccardi (Pollena)
Moderatori: Francesco Camerlingo (Giugliano), Angela Griffo (Giugliano), Giuseppe De Luca (Frattamaggiore)

QUARTA SESSIONE
Presidenti: Paolo Giliberti (Napoli), Piero Ugo Zucchinetti (Genova)
Moderatori: Antonio Campa (Napoli), Roberto Trunfio (Locri, RC), Raffaella Mormile (Aversa)

15.15 Un sindacato per i pediatri ospedalieri
Carlo Cioffi (Aversa)

15.30 I reparti di pediatria con punto nascita
Ippolito Pierucci (Sapri, SA), Gustavo Mion (Sapri, SA)

15.45 Le malattie respiratorie nel pronto soccorso pediatrico
Fulvio Esposito (Napoli)

16.00 Organizzazione del Follow-up del Neonato dall'ospedale al territorio
Paolo Manzoni (Torino)

16.15 Il trasporto neonatale e pediatrico
Vincenzo Tota (Corato, BA)

16.30 Dolore addominale ricorrente: diagnosi e terapia non farmacologica
Anna Maria Staiano (Napoli)

16.45 L'intesa SIPO - A.Ge. per la promozione dell'umanizzazione del ricovero per patologie acute nei reparti di pediatria
Luciano Pinto (Napoli)

17.00 L'umanizzazione del ricovero pediatrico ospedaliero
Luigi Memo (Belluno)

17.15 La formazione in emergenza-urgenza del personale medico ed infermieristico delle strutture pediatriche ospedaliere
Luigi Cataldi (Roma)

17.30 Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico
Roberto Antonucci (Cagliari)

18.00 L'ospedale che i pediatri e i genitori vorrebbero
Maurizio Ivaldi (Lavagna, GE)

18.30 Discussione
Giuseppe Buonocore (Siena), Antonio Correra (Napoli)

09.00-18.00 **VOTAZIONI**

Presidente del Seggio: *Luciano Pinto (Napoli)*
Segretario: *Alfio Cristaldi (Roma)*
Scrutatori: *Giuseppe della Corte (Aversa), Giuseppe Russo (Napoli)*
Scrutatore supplente: *Lucio Rizzo (Portoferraio, LI), Roberto Trunfio (Locri, RC)*

> ELEZIONE PRESIDENTE E DIRETTIVO SIPO-MEDICI PER IL TRIENNIO 2011/2014

> ELEZIONE PRESIDENTE E DIRETTIVO SIPO-INFERMIERI PER IL TRIENNIO 2011/2014

Scrutinio delle schede

Proclamazione degli eletti e chiusura del Congresso

20.00 **ASSEMBLEA DEI SOCI**

Sabato 8 ottobre 2011

SETTIMO CONVEGNO NEONATOLOGICO E PEDIATRICO INFERMIERISTICO DELLA SIPO

Presidente: Giuseppe Parisi (Ischia, NA)
Moderatori: Maria Pia Capasso (Aversa) Andrea Colella (Aversa), Franca Piccolo (Aversa)

09.30 La formazione professionale degli infermieri pediatrici: il passato ed il presente
Laure Morganti (Ascoli Piceno)

09.45 La gestione ospedaliera dei pazienti con malattie rare
Elena Bernabei (Aversa)

10.00 L'infermiere pediatrico e l'emergenza urgenza in pronto soccorso
Adriana Mirabelli (Aversa)

10.15 Ruolo tecnico ed umano delle figure infermieristiche in pediatria e neonatologia
Vincenza Lovisi (Sapri, SA), Anna Pozella (Sapri, SA)

10.30 Importanza dell'aggiornamento professionale per gli infermieri pediatrici
Raffaella Piro (Napoli)

10.45 La multietnicità in pediatria
Maria Concetta Regia Corte (Vasto, CH)

11.00 Discussione
Gaetano Ausanio (Caserta), Francesco Pullano (Giugliano, NA)

SECONDA SESSIONE
Presidente: Goffredo Parisi (Vasto, CH)
Moderatori: Emilia Carella, Giuseppe Della Corte (Aversa), Valerio Flacco (Lanciano, CH)

11.30 Organizzazione delle cure e prevenzione degli errori in onco-ematologia pediatrica
Carmela Pernice (Napoli)

11.45 Organizzazione del servizio e professionalità degli infermieri in chirurgia pediatrica
Annamaria Doro (Napoli)

12.00 La terapia intensiva neonatale: umanità e professionalità degli infermieri pediatrici
Roberta Guardione (Torino)

12.15 La figura dell'infermiere nell'umanizzazione delle cure e nella comunicazione
Teresa Lo Guercio (Sapri, SA), Anna Pozella (Sapri, SA)

12.30 Discussione, chiusura del Congresso Infermieristico
Italo Bernardo (Caserta), Vincenzo Liguori (Aversa)

08.00-09.30 **COMUNICAZIONI**
Presidente: Felice Nunziata (Solofra, AV)
Moderatori: Pasquale Laudiero (Giugliano), Gabriella Di Cicco (Roma), Gaetano Ausanio (Caserta)

08.00-09.30 **POSTER**
Presidente: Sandra Di Fabio (L'Aquila)
Moderatori: Carlo Mancusi (Frattamaggiore), Rosa Dumella (Frattamaggiore),Angelo Elio Coletta Spinella (Patti, Me)

CORSO DI AGGIORNAMENTO
IL BAMBINO CON PROBLEMI ODONTOIATRICI. COSA FARE, COSA NON FARE, COME INDIRIZZARLO, COME GESTIRLO

Direttori del corso: Angelo Maria Basilicata (Benevento), Nicola Vendemmia (Perpignan, FR)
Presidenti: Antonio Vitale (Avellino), Carlo Cioffi (Aversa)
Discussant: Gianna Vallefuoco (Napoli), Pietro Paolo Scalzone (Caserta), Maria Grazia Iuorio (Giugliano, NA), Olga Russo (Timisoara, Romania)

9.30 La patologia cariosa in età pediatrica
Raffaella Docimo (Roma)

Discussione

10.00 Il trattamento odontoiatrico nel bambino con bisogni speciali
Dorina Lauritano (Monza, MB), Marco Baldoni (Monza, MB)

Discussione

10.30 Le abitudini viziate
Letizia Perillo (Napoli)

Discussione

11.00 Opportunità ortodontiche nei pazienti con OSAS Pediatriche
Alberto Laino (Napoli)

Discussione

11.30 Il ruolo dell'Otorinolaringoiatra nelle OSAS Pediatriche
Gianmarco Leone (Napoli)

Discussione

INTRODUZIONE

Salvatore Vendemmia

Presidente Società italiana di Pediatria Ospedaliera
Presidente del Congresso

Questo IV Congresso Nazionale conclude il primo triennio di vita della SIPO, società fondata il 10 ottobre 2008, dopo l'esperienza quindicennale del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera.
I dati ed i risultati ottenuti da questo primo Direttivo Nazionale sono stati positivi e stimolanti.
Abbiamo riorganizzato le reti regionali e ridato fiducia ed orgoglio ai pediatri ospedalieri, ridando loro nuove energie ed interessi.
La creazione di una Società Italiana di Pediatria Ospedaliera, la Rivista della SIPO, il Sindacato dei Pediatri ospedalieri, il sito web, i congressi nazionali ed internazionali, l'accordo con la Società turca di Pediatria per una intensa collaborazione scientifica e professionale, il protocollo d'intesa con l'associazione nazionale genitori e tante altre valide iniziative, hanno riacceso, in noi tutti, una voglia di fare che è stata molto utile e costruttiva. Questo Direttivo ha, inoltre, sostenuto l'idea di un sindacato per i pediatri ospedalieri, idea che ormai è saldamente realizzata ed operativa.
Ci auguriamo che queste prossime elezioni valideranno nuovi Dirigenti che contribuiranno al miglioramento ulteriore della Società e della organizzazione ospedaliera italiana.
La SIPO ha coinvolto gli infermieri pediatrici nelle reti organizzative provinciali e regionali: ciò per ottenere una migliore integrazione e collaborazione tra le forze professionali che provvedono alla salute ed al benessere dei nostri bambini.
Si è molto discusso di "Governo Clinico e Governo Economico" come possibile soluzione ai tanti problemi gestionali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere. Si è anche parlato di "Governo tecnico" dell'ospedale, ossia della capacità di avere una visione globale del sistema e delle competenze tecniche da gestire, organizzare e controllare. Ciò perché esse rappresentano l'obiettivo principale di ogni struttura sanitaria per validare la qualità delle prestazioni.
Il tempo che abbiamo avuto a disposizione è stato limitato: ciò nonostante abbiamo anche provveduto al risanamento economico della Società ed all'aumento del numero dei soci.
Con molto orgoglio lasciamo il testimone al nuovo Direttivo cui auguriamo un proficuo lavoro e tanto successo!

RELAZIONI

LA PEDIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA

Francesco Paravati° Domenico Minasi°°

°UOC Pediatria ASP di Crotone
°°UOC Pediatria Polistena ASP di Reggio Calabria

I profondi cambiamenti a cui sono andati incontro negli ultimi decenni Società, medicina e assistenza sanitaria ed il continuo susseguirsi di innovazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche impongono oggi un permanente processo di aggiornamento e revisione strutturale delle strutture sanitarie .
Anche i progressi della pediatria , che hanno trasformato malattie acutamente mortali in malattie croniche ,necessitano di una assistenza sempre più complessa a cui purtroppo il nostro sistema sanitario,ancora oggi organizzato per fare fronte alle malattie acute e semplici, stenta a dare risposte adeguate
L'intera rete dell'assistenza pediatrica ospedaliera italiana manifesta infatti, sempre più evidenti, i limiti di una organizzazione che non ha avuto l'opportunità di perseguire nel tempo la realizzazione di modelli organizzativi qualificati capaci di dare risposte idonee alle nuove esigenze assistenziali del bambino ricoverato in ospedale e della sua famiglia. Non solo fattori economici e politici hanno ostacolato lo sviluppo di servizi pediatrici innovativi nel nostro paese ma anche l'assenza, negli odierni sistemi di accreditamento, di criteri e standard specificatamente dedicati all'assistenza pediatrica ed, in particolare, ai requisiti che devono essere obbligatoriamente garantiti per erogare l'assistenza ai pazienti di età pediatrica.
L'intero sistema ospedaliero pediatrico del nostro paese,pur con le dovute eccezioni e pur considerando le realtà d'eccellenza sicuramente esistenti,evidenzia di fatto numerosi punti di criticità ed una forte disomogeneità territoriale che ne rendono incerto il futuro. Le notevoli differenze logistiche,organizzative ed assistenziali, che caratterizzano le varie Unità Operative rendono estremamente frammentato e talvolta insufficiente il sistema delle cure pediatriche ospedaliere del nostro paese che mostra i segni di una sofferenza legata a diversi fattori tra cui un' eccessiva capillarizzazione dei servizi (con conseguente pletora di piccole UU.OO. con bassi livelli di attività di degenza, a bassa o bassissima intensità assistenziale), una progressiva riduzione degli organici, l'impossibilità a maturare sufficiente esperienza clinica per i casi di maggior impegno assistenziale, divisi, fra troppi centri di 2° e 3° livello.
Oggi Il 44% delle Pediatrie italiane ha organici limitati (meno di 7 medici) con percentuali maggiori man mano che ci si sposta dalle regioni del nord a quelle del sud, il 25% delle strutture pediatriche ospedaliere ha meno di 10 posti letto,il 40% ne ha un numero compreso tra 10 e 15 e solo il 10% un numero maggiore. Anche i dati relativi al numero dei ricoveri ordinari dà un quadro variegato della realtà italiana evidenziando come solo il 35% dei reparti pediatrici ne effettua più di 1000/anno. Ciò nonostante il 69% delle strutture garantisce la presenza continua di un pediatra 24 ore su 24,il 47% delle strutture pratica l'Osservazione breve, il 40%dei reparti effettua almeno 4000 prestazioni anno di pronto soccorso,con punte ancora superiori(17% oltre 8000),e circa il 35% delle strutture effettua più di 2000 prestazioni ambulatoriali/anno.

Tutto questo impone la progettazione e la realizzazione ,nell'ambito di una rete integrata ospedaliera e territoriale ,di un nuovo modello logistico di assistenza pediatrica dedicato al neonato, al bambino e all'adolescente ,che sia in grado di riportare il bambino al centro dell'attenzione della società civile e di garantirgli tutte le cure di cui necessitano. In questa prospettiva non va dimenticato che per soddisfare i bisogni assistenziali dei bambini che oggi richiedono il ricovero in ospedale,una moderna assistenza pediatrica ospedaliera deve essere in grado di offrire un ampio ventaglio di alte specializzazioni , di servizi diagnostici e terapeutici e di una adeguata integrazione pediatrica dell'assistenza multi specialistica. E'pertanto indispensabile un approccio multidisciplinare ai bisogni di salute del bambino che possa garantirgli l'assistenza di cui necessita nell'ambito di un intervento plurispecialistico di altissimo livello qualitativo, integrato da un approccio globale alla persona del bambino e dei suoi familiari . In tal senso, tenendo conto del diverso grado di sviluppo dei vari sistemi sanitari regionali, è opportuno prevedere la creazione di reti integrate di servizi capaci di operare una revisione dei modelli di distribuzione territoriale dell'assistenza ed una integrazione funzionale dei vari livelli di cura al fine di garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative,sia dal punto di vista della funzionalità che della economicità ,e di attivare processi di sussidiarietà tra i diversi profili di intervento.

Bibliografia essenziale

1. High Quality Care For All,
   Lord Darzi's Report 2008
2. Ministero della Salute.
   Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia dal neonato all'adolescente:
   http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/206/documento.pdf
3. Censis - 42° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2008
4. Progetto Obiettivo Materno Infantile –
   G.U. n°131 del 7-6-2000
5. R.Longhi,D.Minasi
   Indagine della SIP sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia.
   Minerva Pediatrica 60:832-35,2008
6. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care *Pediatrics 124 ;1, 2009,*
7. D.Minasi,F.Paravati
   Per una nuova pediatria ospedaliera
   In"Il futuro della Pediatria"-Hygeia Press 2009

GLI OSPEDALI PEDIATRICI IN ITALIA

Pasquale Di Pietro

Istituto Giannina Gaslini
U.O. Pronto Soccorso Medico E Medicina D'urgenza, Genova

Gli ospedali pediatrici italiani dal punto di vista del medico rappresentano una risorsa importante per la rete pediatrica italiana. Svolgono un ruolo essenziale nell'assistenza, nella formazione, nella didattica e nella ricerca.
Non è possibile immaginare per loro un unico modello organizzativo. Ciascuno di questi ospedali ha acquisito un ruolo specifico che tiene conto (ed è in parte è condizionato) della programmazione e delle diversità delle singole regioni. Hanno però anche ruoli nazionali ed internazionali nei diversi campi assistenziali e di ricerca. Gli ospedali pediatrici in funzione delle diversità specifiche e di alta specialità sviluppate in anni di lavoro dedicati alla ricerca e alla assistenza sono riusciti ad acquisire competenze professionali di nicchia talvolta uniche e di valore internazionale. Tali ospedali quindi dovrebbero, secondo me, sempre di più offrire (lì dove è richiesto dai piani sanitari regionali) un ruolo di riferimento nella organizzazione della rete regionale pediatrica e essere un modello nazionale nel settore assistenziale e di ricerca traguardando soluzioni innovative in campo assistenziale della ricerca e dei brevetti.
Ed è per tale ragione che dovrebbero coordinarsi (ancora di più rispetto al passato) realizzando progetti che coinvolgano più regioni. Una "differenziazione" nell'assistenza delle alte specialità oggi è auspicabile e possibile investendo risorse umane e tecnologiche nei settori di avanguardia di una medicina dal punto di vista tecnico e professionale in grande evoluzione.
L'aspetto delle risorse umane e della specialistica pediatrica e del costituirsi di "nicchie" assistenziali e scientifiche di alto profilo rappresenta un aspetto particolare per gli ospedali pediatrici per la valorizzazione degli specialisti pediatri che spesso svolgono un ruolo di alta specialità nei confronti della rete regionale.. Sappiamo però che nei prossimi anni si avrà una gravissima carenza nel numero dei pediatri. Sarà quindi necessario che i pediatri anche dedicati a settori di nicchia possono essere disponibili ad operare quando è possibile nella parte assistenziale anche per contenuti di pediatria internistica.
Ritengo estremamente positivo poi, come operatore della sanità che gli ospedali pediatrici attraverso la loro associazione trovino una base di confronto volta a realizzare un unico progetto nazionale. Una tematica che riguarda tutti gli ospedali italiani è la valorizzazione dell'accoglienza, della umanizzazione delle cure, la loro sicurezza e il favorire soluzioni alternative al ricovero. Gli ospedali pediatrici debbono su questi aspetti rappresentare un modello di assistenza che anticipi il futuro per realizzare una organizzazione più sicura ed incentrata sulla difesa dei diritti assistenziali del bambino e della sua famiglia.

FARMACI UNLICENSED E OFF LABEL: I PROBLEMI DEL RISK MANAGEMENT

Angelica Dessì, Vassilios Fanos

Terapia Intensiva Neonatale, Puericultura e Nido
Università degli Studi di Cagliari

Introduzione

La maggior parte dei farmaci attualmente presenti sul mercato non è autorizzata all'uso pediatrico. Questa circostanza è dovuta in larga misura al fatto che manca una specifica sperimentazione clinica - proprio per le particolari caratteristiche dei pazienti a cui dovrebbe rivolgersi - ma anche soprattutto per lo scarso interesse delle aziende farmaceutiche, restie a sviluppare un prodotto che riguarda un limitato numero di pazienti (1). Ciò comporta una scarsa disponibilità di farmaci specifici per i bambini, in particolare per la fascia compresa tra 0 e 2 anni. Numerosi studi documentano che vi è un ampio uso in pediatria di farmaci "off label", cioè di farmaci utilizzati in condizioni diverse da quelle per cui è stata autorizzata l'immissione in commercio e di farmaci "unlicensed" il cui uso riguarda l'utilizzo di farmaci che per vari motivi (manipolazione della formulazione, importazione dall'estero), non possiedono la licenza per l'uso in pediatria (2). Anche se l'utilizzo dei farmaci "off label" è variabile in relazione al setting (ambito ambulatoriale, reparti di pediatria generale, Terapia Intensiva Neonatale o Pediatrica), questi costituiscono spesso l'unica alternativa terapeutica disponibile: infatti dai dati presenti in letteratura emergono percentuali che, nei neonati ospedalizzati, superano anche l'80%. L'utilizzo di questi farmaci non si può considerare espressione di una pratica clinica irrazionale, dato che spesso viene supportato da un'esperienza clinica di anni, ma certamente comporta dei margini di rischio. Infatti la mancanza di una scheda illustrativa adeguata all'età pediatrica (in particolare neonatale), richiede l'aggiustamento delle dosi indicate per l'uso nell'adulto o nel bambino più grande. Per rimediare a questa pratica medica così diffusa, la FDA e l'EMEA si sono attivate, in questi ultimi anni, per provvedere ad una regolamentazione del settore. In particolare, è entrato in vigore un nuovo Regolamento Europeo, proprio allo scopo di favorire lo studio dei farmaci in età pediatrica: da una parte si sostiene economicamente la ricerca per i farmaci che sono già in commercio e che vengono comunemente usati nel bambino e, dall'altra si impone alle ditte farmaceutiche di fornire i dati pediatrici, nei casi in cui venga richiesta l'immissione in commercio di nuove molecole (3).

Quali sono le cause della scarsa disponibilità di farmaci "pediatrici"?

Esse sono essenzialmente legate alla rarità delle sperimentazioni pediatriche dovute a vari motivi come quelli:

- ✓ **etici -** per la difficoltà di ottenimento del consenso da parte dei genitori e per il fatto che il bambino è una persona che non ha raggiunto l'età legale per il consenso ai trattamenti o alle procedure
- ✓ **economici -** per gli alti costi, il mercato dei farmaci pediatrici è marginale, Trial clinici separati per neonati, bambini, adolescenti
- ✓ **peculiarità fisiologica del bambino -** la farmacocinetica e farmacodinamica (cioè la capacità dell'organismo del bambino di distribuire i farmaci attivi nell'organismo) è molto diversa da quella dell'adulto
- ✓ **volontà organizzativa -** e' molto difficile eseguire concretamente studi clinici validi e studi di farmacovigilanza (4)

"Limited marketing potential compared to adults"

Oltre alle già note diversità di aspetti fisiologici quali ad esempio l'immaturità dei meccanismi di detossificazione nei bambini rispetto agli adulti, gli studi condotti hanno evidenziato una maggiore variabilità della farmacocinetica rispetto a quanto atteso e l'esistenza di razioni avverse (ADR) specifiche dell'età pediatrica (come il rallentamento della crescita e della mineralizzazione ossea) (5). In Italia un sistema di monitoraggio attivo dei pediatri ha documentato incidenza di ADR in 15,1 bambini ogni 1000 trattati (6). Una metanalisi del 2001 ha stimato che l'incidenza di ADR pediatriche è di 1,46% nella medicina territoriale e che oltre il 2% dei ricoveri ospedalieri dei bambini è dovuto a patologie di origine iatrogena (7).
Solo 1/3 dei farmaci presenti sul mercato èstato sottoposto a una appropriata sperimentazione pediatrica. In tale contesto dall'11% all'80% delle prescrizioni pediatriche sono off-label o unlicensed.
Gestire un farmaco in maniera off-label significa invece utilizzarlo in condizioni che differiscono da quelle per cui è stato autorizzato in termini di:

- posologia (dose o frequenza di somministrazione),
- indicazione terapeutica,
- età,
- via di somministrazione,
- formulazione non approvata ad uso pediatrico.

Studi condotti in vari paesi mostrano che l'incidenza dell'uso off label varia a seconda degli ambiti assistenziali:
• 11-37% in ambulatorio (2)
• 16-62% nei reparti di pediatria generale (8)
• oltre l'80% nelle terapie intensive neonatali (9).
Alcuni recenti studi hanno definito i farmaci e le problematiche relative ai principali utilizzi "off-label" dei farmaci. Dai risultati ottenuti emerge che un uso off-label non è sinonimo di pratica clinica "irrazionale", ma in genere rimanda ad un mancato aggiornamento della scheda tecnica o all'assenza di formulazioni adeguate e in ogni caso si sottolinea l'urgenza di trovare delle strategie al fine di ridurre l'incidenza degli errori terapeutici (10).

La FDA ha promosso modifiche normative e incentivi alle industrie per favorire studi che valutassero efficacia e sicurezza di alcuni nuovi e vecchi farmaci nei bambini permettendo di modificare i foglietti illustrativi di 87 principi attivi e relative specialitàmedicinali tra il 1998 ed il 2004 (3).

L'esperienza di Cagliari

Nell'Unità di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, Puericultura e Nido dell'Università degli Studi di Cagliari è stata iniziata un'analisi che ha riguardato tutti i farmaci somministrati ai neonati ricoverati nel periodo di un mese (marzo 2007). Per ogni farmaco si è registrata la dose, la frequenza, il modo di somministrazione, l'indicazione dell'uso e la durata del trattamento farmacologico. Dei 79 neonati ricoverati in TIN e Puericultura, 38 (16 prematuri e 22 nati a termine) hanno ricevuto un trattamento farmacologico. I farmaci somministrati erano per il 53% "off-label" (per età, dosaggio, modalità di somministrazione). Si trattava in particolare di antibiotici, broncodilatatori, corticosteroidi, paracetamolo, acido acetilsalicilico, ranitidina e furosemide.
I risultati che emergono da questa breve esperienza preliminare di studio costituiscono una prima indicazione e una conferma del largo uso che viene fatto, in ambito neonatale, di farmaci per cui non vi sono indicazioni pediatriche. Ciò mette in evidenza la necessità di proseguire le ricerche in questo campo, per ottenere una serie di dati che possano aprire la strada ad una maggiore efficacia e sicurezza nell'uso dei farmaci in ambito pediatrico (11).

Farmaci off-label: la responsabilità e la gestione del rischio in neonatologia

In neonatologia la somministrazione dei farmaci comporta una grande responsabilità in quanto incide direttamente sulla sicurezza e sullo stato di salute dei bambini assistiti. Il problema degli errori terapeutici ha ricevuto un'importante attenzione nella medicina dell'adulto, non altrettanto è stato in ambito pediatrico. Adulto e bambino sono diversi per molti aspetti e nella somministrazione dei farmaci vengono utilizzati dosaggi differenti e, spesso, anche farmaci diversi. Recenti rapporti della Health Select Committee (12) hanno evidenziato le preoccupazioni relative alle autorizzazioni al commercio dei farmaci destinati ai bambini. A causa delle difficoltà etiche e pratiche relative agli studi clinici sui bambini, molte preparazioni utilizzate in campo pediatrico soprattutto in ambito ospedaliero sono, in realtà, autorizzate solo per i pazienti adulti (tuttavia molti di questi farmaci, prescritti e somministrati da anni, sono documentati nei prontuari di terapia pediatrica). Ne consegue che i bambini vengono trattati spesso con farmaci studiati e sperimentati solo nell'adulto (13-14). L'uso di farmaci "off- label" è stato associato a un aumento 4 volte maggiore delle reazioni avverse gravi da farmaci insorte in ospedale (15). Inoltre il processo che porta alla somministrazione della terapia in un bambino è molto più complesso che nell'adulto. Include più passaggi, vari calcoli e l'uso di algoritmi (gli operatori hanno molte più opportunità di sbagliare): determinare peso esatto ed età in giorni, calcolare la dose, applicare l'algoritmo per decidere la frequenza giornaliera in base all'età, ricostituzione del farmaco, calcolo della frazione da somministrare che aumenta le probabilità nei decimali: 10-fold-error (16).
Nel neonato vi è un alto rischio di errore in quanto una differenza minima di farmaco in più può produrre effetti catastrofici; vi è una massa corporea minuscola ed immaturità degli organi che dà incapacità a tamponare l'overdose; vi è mancanza di formulazioni neonatali pronte con conseguente forte uso di diluizioni e frazioni. I rischi di danno aumentano notevolmente nella terapia intensiva neonatale in quanto il peso del neonato cambia rapidamente, e diventa particolarmente difficile aggiustare i dosaggi anche per le differenze di sviluppo del bambino e della maturazione degli organi deputati all'assorbimento ed escrezione dei farmaci, che determinano una differente farmacocinetica.

Conclusioni

L'utilizzo di farmaci off-label e unlicensed in campo pediatrico è una situazione comune in Europa, così come nel resto del mondo. L'assenza di informazioni e di adeguate formulazioni possono esporre i pazienti pediatrici ad eventi avversi inaspettati oppure a sotto-dosaggi che non comportano alcuna efficacia terapeutica.
Sembra d'altra parte fondamentale, laddove non sia possibile intervenire con farmaci mirati, poter utilizzare delle soluzioni alternative, sempre che queste siano scientificamente valide ed i genitori del paziente siano adeguatamente informati sulla terapia.

BIBLIGRAFIA

(1) Burns JP. Research in children. Crit Care Med, 2003, 31 (suppl. 3): S131-S136
(2) Cuzzolin L, Atzei A, Fanos V. Off-label and unlicensed prescribing for newborns and children in different settings: a review of the literature and a consideration about drug safety. Expert Opin Drug Saf. 2006 Sep; 5(5):703-18
(3) Evidence of harm from off-label or unlicensed medicines in children. London, 26 October 2004, EMEA/11207/04
(4) Ceci A, Felisi M, Catapano M, Baiardi P, Cipollina L, Ravera S, Bagnulo S, Reggio S, Rondini G. Medicines for children licensed by the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Eur J Clin Pharmacol. 2002 Nov;58(8):495-500.
(5) Le J, Nguyen T, Law AV, Hodding J. Adverse drug reactions among children over a 10-year period. Pediatrics. 2006 Aug;118(2):555-62.
(6) Menniti-Ippolito G, Raschetti R, Da Cas R, Giaquinto C, Cantarutti L. Active monitoring of adverse drug reactions in children. Italian Paediatric Pharmacosurveillance Multicenter Group. Lancet. 2000 May 6;355(9215):1613-4
(7) Impicciatore P, Choonara I, Clarkson A, Provasi D, Pandolfini C, Bonati M. Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Br J Clin Pharmacol. 2001 Jul;52(1):77-83.

(8) 't Jong GW, Vulto AG, de Hoog M, Schimmel KJ, Tibboel D, van den Anker JN. Unapproved and off-label use of drugs in a children's hospital. N Engl J Med. 2000 Oct 12;343(15):1125.
(9) Cuzzolin L, Zaccaron A, Fanos V. Unlicensed and off-label uses of drugs in paediatrics: a review of the literature. Fundam Clin Pharmacol. 2003 Feb;17(1):125-31.
(10) Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Yeung VW, Khaki ZF, Wong IC. Systematic review of medication errors in pediatric patients. Ann Pharmacother. 2006 Oct;40(10):1766-76.
(11) Dessì A, Salemi C, Fanos V, Cuzzolin L. Drug treatments in a neonatal setting: focus on the off-label use in the first month of life. Pharm World Sci. 2010 Apr;32(2):120-4.
(12) Health Select Committee; Patient Safety – Sixth Report of Session 2008/9; 2009, House of Commons, Londra
(13) Ligi I, Arnaud F, Jouve E, Tardieu S, Sambuc R, Simeoni U. Iatrogenic events in admitted neonates: a prospective cohort study. Lancet. 2008 Feb 2;371(9610):404-10.
(14) Kumar P, Walker JK, Hurt KM, Bennett KM, Grosshans N, Fotis MA. Medication use in the neonatal intensive care unit: current patterns and off-label use of parenteral medications. J Pediatr. 2008 Mar;152(3):412-5.
(15) Barr J, Brenner-Zada G, Heiman E, Pareth G, Bulkowstein M, Greenberg R, Berkovitch M. Unlicensed and off-label medication use in a neonatal intensive care unit: a prospective study. Am J Perinatol. 2002 Feb;19(2):67-72.
(16) Lesar TS. Tenfold medication dose prescribing errors. Ann Pharmacother. 2002 Dec;36(12):1833-9.

ETÀ LIMITE E RICOVERO NEI REPARTI DI PEDIATRIA
IL PROBLEMA DELL'ADOLESCENZA

Giuseppe Caramia

Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia
Azienda Ospedaliera Specializzata Materno Infantile "G.Salesi" – Ancona

La parola ha un potere immenso: può instillare la gioia, abolire il dolore, esaltare la pietà, mettere fine alla paura; essere medicina per chi soffre.
Gorgia da Lentini (482-374 a.C.)

Potrebbe sembrare un tema anacronistico, un po' retrò e/o di parte, parlare oggi dell'adolescente curato da pediatri e/o ricoverato in un'area ospedaliera pediatrica fino a 18 anni ed oltre, visto che da tutti viene sollevato il problema dei ragazzi troppo attaccati alla mamma e al papà, al nucleo e alle comodità della famiglia d'origine. Un vecchio aforisma latino, di Cicerone (106 a. C. - 43 a. C), però recita:"Historia ……. magistra vitae" (cioè *la storia è* …. testimone dei tempi, luce della verità, vita della memoria, *maestra della vita*, messaggera dell'antichità) per cui si è ritenuto opportuno ripercorrere brevemente l'evoluzione nei secoli di un particolare periodo della vita: l'adolescenza.

Limiti cronologici delle età della vita: dal mondo antico a oggi
Da un punto di vista cronologico l'adolescenza non ha limiti rigidamente definibili ma di solito si tende a far coincidere il suo inizio con la comparsa dei segni di sviluppo puberale, intorno ai 10-11 anni, e la sua fine con il raggiungimento dell'età adulta, limite però molto meno definito.
Nell'antica Grecia, le varie età della vita si basavano sulla teoria dei dieci settenni di Solone (638 – 558 a.C.). La fine del primo settennio coincideva con la dentizione definitiva, quella del secondo con la pubertà mentre il pieno approdo all'età adulta avveniva alla fine del terzo settennio, intorno ai 20-21 anni, quello per il matrimonio dell'uomo al quarto, ai 28-30 anni, e poi, come ha scritto Dante, riprendendo la cultura greca, "nel mezzo del cammin di nostra vita", ci si trova al quinto settennio e cioè a 35 anni.
Nella civiltà latina i limiti di "*infantia, pueritia et adulescentia*" erano 0-8 anni, 8-16 anni e a 16-17 anni. A 17 anni, in una cerimonia in cui l'adolescente veste la "toga virile", viene dichiarato adulto (o meglio 'adolescente adulto') fino a 30 anni e poi *iuventus*. In tale evoluzione mentre i greci tendevano ad una armonia fra attività fisiche e mentali, un insieme di raffinatezza e cultura ma anche di valore guerriero, amore per la patria, religiosità e devozione filiale, i romani tendevano a sviluppare le attitudini morali, intellettuali e fisiche dei ragazzi in quanto dovevano essere resistenti alle fatiche belliche, rispettosi della religione e della legge (1).
All'inizio del Medioevo, San Benedetto da Norcia (ca. 480 - 543) e Isidoro di Siviglia (560-636) distinguevano le età in: *infantia* 1-7 anni, *pueritia* 7-14, *adulescentia* 14-28, *iuventus* (giovinezza) 28-50, *gravitas* (età matura) 50-70, *senectus* (70), *senio* (oltre i 75-80 o decrepitezza) (2).
Tali distinzioni, per quanto riguarda la prima e seconda infanzia, erano delle esercitazioni culturali in quanto per secoli il bambino nei primi anni di vita, se non aveva un futuro sociale prestabilito, era ritenuto inutile e ingombrante: la cura era limitata ai bisogni elementari per cui l'infanzia era un'esperienza dolorosa e infelice. Il bambino era punito tanto spesso che S. Agostino (354-430) constatava amaramente: "Chi non preferirebbe scegliere la morte piuttosto che ritornare fanciullo?". Non essendo in grado di essere produttivo, aveva il solo compito di crescere per rendersi al più presto utile. Spesso moriva prima, per malattie, carestie, calamità naturali o guerre: oltre la metà dei bambini non oltrepassava i primi anni di vita e "il corpo si perdeva nell'anonimato dei morti, così come si sarebbe perso nell''anonimato dei vivi". I bambini venivano allevati, nei limiti delle possibilità della famiglia, senza particolari preoccupazioni, con "fatalistica rassegnazione". L'inserimento nella vita adulta era segnato dall'acquisizione della capacità di svolgere un qualche lavoro. Il ragazzo o la ragazza passavano direttamente dalla cura materna alla vita produttiva e l'apprendistato indeboliva i legami affettivi tra genitori e figli (2).
Solo con l'Umanesimo, nel XVI-XVII secolo, si riscopre la '*paideia*' greca (l'educazione), l'*Humanitas*' latina (riconoscere e rispettare l'uomo in ogni uomo) e, con la '*caritas*' cristiana (riconoscere ed amare il figlio di Dio in ogni uomo) inizia una visione morale dell'infanzia, della sua debolezza e innocenza, riflesso della 'purezza divina'. Riappare l'impegno educativo che entusiasma uomini di chiesa, legge, studio e moralisti. Nascono ordini religiosi che si rivolgono ai giovani insegnando però ai genitori che erano responsabili davanti a Dio dell'anima ma anche del corpo dei loro figli. Il bambino non è maturo per il mondo degli adulti: deve prima seguire un percorso educativo.
La società industriale del XVIII e XIX secolo rafforza tale concetto e l'idea dell'individuo come risultato dell'educazione, specie nelle famiglie borghesi (2,3).

L'adolescente e l'evoluzione dei suoi diritti di salute
Il Novecento si identifica con l'adolescenza: l'adolescente è l'eroe del XX secolo. Inizia la psicologia dell'età evolutiva (Stanley Hall 1844-1924) e il ministro Giovanni Giolitti (1842-1928) con una riforma (1905) stabilisce l'età minima per iniziare il lavoro (12 anni) e ne diminuisce le ore (12 ore). Si realizza così il primo rinvio su basi sanitarie e sociali della maturità. S. Freud (1856-1939) affermava che l'essere umano è adulto, quando è in grado di amare e lavorare e anche oggi molti psicologi ed adolescentologi, collocano l'inizio dell'adolescenza tra i 10-12 anni e e la fine ai 25-26 anni (adolescenza avanzata) epoca in cui viene raggiunta una maturità con capacità lavorativa ed economica stabile per assumere impegni affettivi (4,5). Si potrebbe pertanto dire che oggi l'adolescenza si sa quando inizia ma non quando finisce in quanto i giovani, per motivi di studio o economici, prolungano la permanenza in casa dei genitori e la dipendenza da loro.
A questo si è giunti in quanto, dagli agli anni Cinquanta la società del mondo occidentale ha attraversato incredibili "turbolenze" che hanno inciso sulla famiglia. A partire dagli stati Uniti, è esploso il disagio giovanile: il ragazzo si sente

estraneo e ribelle al mondo degli adulti: da un lato trasgressivo ed emarginato, dall'altro visionario (*beat generation* termine coniato dal critico John Clellon Holmes nel 1955).

Anni	NORMATIVE DI ISTITUZIONI NAZIONALI ED NTERNAZIONALI SUI LIMITI DELL'ETÀ ADOLESCENZIALE	Limiti (anni)
1967	L. n. 977 Parlamento Italiano - Tutela lavoro bambini e adolescenti	15-18 anni
1975	Organizzazione Mondiale della Sanità	10-20 anni
1989	Convenzione Internazionale Diritti Infanzia (New York)	11-18 anni
1995	Società Italiana di Pediatria	11-18 anni
1995	Accademia Americana di Pediatria	11-21 anni
1995	Società Americana di Medicina Adolescenza	10-25 anni
1996	Convenzione Europea Diritti del Minore (Strasburgo) Istituzione del Garante dell'infanzia e dell'adolescente	11-18 anni
1998	1998-2000 e 2000-2003: Piani Sanitari Nazionali	11-18 anni
2003	2003-2005: Piano Sanitario Nazionale	11-18 anni
2005	Decreto riassetto Scuole Specializzazione Università Area Sanitaria	10-19 anni
2007	Società Italiana di Medicina Adolescenza	10-18 anni
	ASSOCIAZIONI NO PROFIT	
1978	Fondazione ABIO (Associazione Bambini In Ospedale)	10-18 anni
1986	Carta Europea Bambini Degenti in Ospedale	11-18 anni
1993	European Association for Children in Hospital (EACH)	11-18 anni
2003	Ospedali Pediatrici: Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale	10-18 anni
2010	Dichiarazione di Catanzaro - Umanesimo e Gioventù	10-18 anni

Tab.1- Diritti riconosciuti e limiti cronologici dell'adolescenza e dell'assistenza negli ultimi 40 anni

Acquista però valore sociologico e di mercato, espresso in noti romanzi, nel cinema (*Gioventù bruciata* [in originale Rebel without a Cause], *La valle dell'Eden* [con James Dean] e *Fronte del porto* [con Marlon Brando]) e nella musica (*rock'n'roll*) (6,7). Ha così assunto un nuovo ruolo, che gli ha permesso alcune cose, ma gli ha tolto i molti vantaggi della fanciullezza: si trova "a metà" tra l'infanzia e l'età adulta.
Contemporaneamente a tali cambiamenti, si è avuta un'evoluzione dei "Diritti dell'Infanzia" come sintetizzati nella Tab. 1 che, per quanto riguarda l'assistenza medica-ospedaliera, sottolinea l'importanza di rispettare i limiti cronologici e le peculiarità dell'età pediatrica di cui l'adolescenza fa parte, destinando spazi adeguati e formando competenti operatori sanitari (8-12).
Oggi tutte le società scientifiche ed istituzioni nazionali ed internazionali, hanno fatto propria la definizione di soggetto in età pediatrica, come "essere umano avente un'età inferiore a 18 anni, salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile" sottolineando che l'infanzia ha diritto a un aiuto particolare, riconoscendo il ruolo peculiare della famiglia per l'armonico sviluppo e per il benessere del bambino (8-13).
Il limite dei 18 anni è certamente una scelta con una componente giuridica ma, se si guarda al bambino come ad un essere umano nella fase della crescita e dello sviluppo, due parametri fisiologici sono obiettivamente rilevabili e in linea di massima concordano con tale scelta: la crescita staturo-ponderale, che come risulta evidente dalle griglie auxologiche, prosegue fino ai 18-19 anni, e la maturazione sessuale che si completa intorno ai 18 anni.
E' pertanto del tutto anacronistica la vecchia definizione di età pediatrica come "periodo compreso fra la nascita e la pubertà" perché non comprende importanti processi auxologici, metabolici, endocrini e psicologici.

I diritti e la realtà
Dalla fine degli anni 1960, l'assistenza all'età evolutiva in Italia è stata però quasi esclusivamente attratta e, almeno apparentemente, in parte condizionata dalla elevata mortalità neonatale ed infantile che doveva assolutamente essere ridotta. Questo ha favorito l'istituzione in ogni piccolo paese reparti di neonatologia e pediatria, a volte peraltro alquanto anacronistici sia sotto l'aspetto funzionale, per la loro modesta dimensione, sia per la contemporanea progressiva e drammatica riduzione della natalità in Italia che, negli ultimi 50 anni, si è ridotta di circa il 50% (14,15,16). Nonostante le non poche difficoltà si è comunque ottenuta una notevole riduzione della mortalità neonatale ed infantile per cui oggi l'Italia si colloca fra i paesi con la migliore assistenza in età neonatale (17).
Notevole attenzione è stata posta anche alla numerosa e grave patologia infettiva che ha avuto una brillante risposta con la scoperta e messa a punto di numerosi antibiotici e con il progresso e la diffusione delle vaccinazioni per cui oggi il bambino, entro il primo anno di vita, può essere vaccinato contro otto-nove agenti patogeni e entro il secondo anno contro altri quattro per un totale di 13 eliminando così gran parte, se non tutta, la patologia infettiva grave del mondo occidentale (18,19).

Da un punto di vista assistenziale sono stati fatti inoltre molti passi avanti nelle strutture pediatriche in quanto il bambino, di qualunque età, quando si ricovera in ospedale, non viene più completamente affidato all'assistenza delle infermiere (un tempo infermiere suore con l'aiuto di alcune infermiere laiche) e ritirato al momento della dimissione. Negli anni 1960 c'è stata una prima evoluzione per cui la suora e le infermiere di turno di giorno provvedevano all'igiene personale dei bambini, all'alimentazione, alla terapia e in parte al gioco mentre le mamme potevano far visita e restare con il proprio bambino in alcune ore prestabilite della giornata. Durante la notte invece, oltre alla suora, che supervisionava più reparti, e all'infermiera di turno, in ogni stanza di degenza di 10-15 bambini potevano rimanere 3 madri a rotazione per un certo sostegno affettivo a tutti i bambini degenti come ha testimoniato l'anziana Infermiera A Pierani, in una commovente relazione al XVII International Meeting "Bambino: Progetto Salute 2000" Centenario Ospedale dei Bambini "G. Salesi" Ancona (20). Oggi non esistono più camere con molti letti: di solito le stanze sono a uno o due letti, le mamme rimangono con il proprio bambino, anche se adolescente, durante tutto il giorno e la notte, spesso hanno anche un letto per dormire e, se non vi sono rischi di contagio, sono ammesse visite di parenti, di amici, del medico clown, degli insegnanti per la scuola. In alcune strutture, grazie agli sforzi di fondazioni varie, sono in corso di realizzazione spazi dedicati esclusivamente agli adolescenti, come ambiti multifunzionali, libreria, videoteca, sala musica con strumenti musicali, connessione internet, a cui possano accedere solo i ragazzi. Si pensa anche di allestire una piccola palestra, completamente dedicata agli adolescenti.
Da quanto su riportato, appare evidente che, per alcuni aspetti, notevoli sono stati i progressi ma, mentre importanti e molteplici istituzioni hanno provveduto a riconoscere al bambino e all'adolescente i diritti essenziali, per cui potremmo dire che in un crescendo tutti ne hanno parlato e tutti ancora ne parlano, nei fatti i risultati sono, a tutt'oggi, alquanto modesti per quanto riguarda il ricovero, del bambino ed in particolare dell'adolescente, nei reparti di pediatria .
Tutto questo nonostante circa il 9% dei 4 milioni e mezzo di adolescenti di età compresa fra 11-18 anni, presenti in Italia secondo i dati ISTAT del gennaio 2005 (che costituiscono l'8% circa della popolazione generale), risulti affetto da almeno una malattia cronica, percentuale che sale a circa il 12% se si considera la fascia 14-19 anni e che a questa età il 2% degli adolescenti risulta affetto da due o più malattie croniche, anche come conseguenza del miglioramento delle possibilità di cura per patologie fino a poco tempo fa precocemente fatali (4,19).
Tale riscontro chiama in causa: le università, i pediatri di famiglia e ospedalieri, le strutture ospedaliere pediatriche, e le istituzioni.
Alle università spetta il compito di insegnare, soprattutto nei cinque anni di specializzazione, l'importanza di tutte le varie branche della pediatria e di determinare un coinvolgimento, un interessamento culturale ed un'empatia che, finita la specializzazione, successivamente nel corso della vita spingerà il medico a seguire i progressi della materia. Questo perché non si può insegnare tutto e per di più quello che oggi è valido, domani può essere superato da nuove acquisizioni: Determinante è però far capire l'importanza di tutti gli aspetti della medicina pediatrica e insegnare la passione, la curiosità e l'entusiasmo la materia e la professione perché l'entusiasmo è il segreto del successo.
Molto verosimilmente per le motivazioni su riportate, in alcune università, si è privilegiata la neonatologia, l'infettivologia e l'oncologia, in ciò condizionati anche dai mass media. Questo ha messo in secondo piano l'adolescentologia che presenta cause di morbilità e mortalità differenti da quelle dei bambini e dell'adulto e in costante aumento. Sono infatti in aumento gli adolescenti con malattie croniche, anche per la maggiore sopravvivenza di bambini affetti da patologie un tempo precocemente mortali, quali tumori maligni, cardiopatie, incidenti stradali, tentati di suicidi e, soprattutto negli Stati Uniti per la facilità di trovare ed acquistare armi, di tentati omicidi (19,21,22,23,24).
Per ridurre tale mortalità è necessaria un'attenta opera di prevenzione che inizi nei confronti della famiglia anche da parte dei sanitari e in questo soprattutto il pediatra di famiglia, ma anche quello ospedaliero, godono di una posizione privilegiata rispetto al medico dell'adulto, o ad altri operatori sanitari, in quanto già conoscono la famiglia e il soggetto, molto spesso dalla nascita, e ne hanno seguito la crescita. Sono inoltre da tempo disponibili al dialogo, all'ascolto, al sostegno, alla mediazione, individuando problematiche e rischi. Mantenendo il rapporto personalizzato di confidenza, riservatezza, rispetto del segreto professionale e di vera amicizia, sanno, in caso di bisogno, raccordarsi anche con strutture ospedaliere di 2° e 3° livello. Possono pertanto ottenere i risultati migliori di partecipazione alla diagnosi ed alla cura in particolare nei soggetti con patologie croniche (22).
Per tutti questi motivi, il decreto di Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria (G.U. n. 258, 5 Novembre 2005) ha confermato l'adolescenza come specifico ambito di competenza dello specialista in Pediatria (Medicina dell'Età Evolutiva) oggi divisa in tre stadi successivi:
adolescenza precoce (early) tra il 10° ed il 14° anno, intermedia (middle) tra il 15° ed il 17° anno, tardiva (late) tra il 17° ed il 19° anno). Il decreto ha inoltre introdotto il "supplemento al diploma", un documento ufficiale innovativo che dà evidenza del percorso formativo dello specializzando relativamente alle specifiche competenze e abilità acquisite nell'ambito delle attività elettive a scelta dello studente, riconoscendo la formazione post-laurea pediatrica nel settore sub-specialistico dell'adolescenza.
Il pediatra, di famiglia, ospedaliero e/o universitario, devono pertanto considerarsi i referenti della salute dell'adolescente, in particolare nelle patologie croniche o di rilevanza psicosociale, mettendo in atto una serie di accorgimenti quali: l'opportunità di stabilire una compliance con lui e possibilmente con tutto il nucleo familiare, di essere visitato, se lo desidera, da solo, di essere seguito nel percorso della malattia anche e, soprattutto, se vengono coinvolti altri specialisti per l'approfondimento interdisciplinare coordinandone gli interventi, di dedicargli tutto il tempo necessario per un bilancio di salute completo, dimostrando attenzione e partecipazione, usando un linguaggio adatto e accertandosi che ha ricevuto delle risposte valide e credibili (25) .
Purtroppo il ridotto coinvolgimento culturale nell'area dell'adolescenza induce pediatri di famiglia ed ospedalieri ad inviare l'adolescente alle strutture dell'adulto e, i pediatri ospedalieri, anche per la mancata disponibilità di tale casistica, a non acquisire esperienza clinica su patologie diversamente impegnative e quindi a non interessarsi adeguatamente all'assistenza di una importante fascia dall'età pediatrica (21).
Tutto ciò è stato inoltre decisamente favorito dallo scarso impegno delle istituzioni, Ministero e Assessorati regionali, che avevano comunque l'obbligo di attuare le indicazioni delle varie Leggi, Decreti, Progetti obiettivi materno-infantile, che avevano sottoscritto ed approvato e di cui erano perfettamente al corrente, cioè l'obbligo del ricovero di tutti gli

adolescenti in area pediatrica e in reparti realizzati per loro con spazi adeguati, dedicati alle attività ambulatoriali, al day hospital e al ricovero. In un'ottica multidisciplinare, doveva essere realizzata un'assistenza adeguata alla loro età, qualità che non viene mai reperita nei reparti degli adulti. Questo diversamente da quanto fatto dalle altre nazioni europee, e negli Sari Uniti dove un discreto numero di soggetti da 15 a 20 anni si rivolge regolarmente al pediatra (26,27). Le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, hanno purtroppo seguito l'esempio delle istituzioni maggiori, a volte, secondo alcuni, per esigenze economiche, per cui il mancato ricovero di tanti soggetti in età evolutiva nelle strutture delegate per legge a tale attività ha riducotto drasticamente l'interesse e le possibilità di formazione e ricerca, le capacità professionali dei pediatri e le risorse economiche delle strutture pediatriche allontanandoci dall' integrazione assistenziale Europea (28.29,30,31).
A conferma di ciò, per quanto riguarda le strutture ospedaliere pediatriche, secondo un'indagine condotta nel 2008, solo il 39% delle pediatrie ricovera i minori fino alla fine del 17° anno (cioè 17 anni e 364 gg), limitando l'assistenza prevalentemente ai soggetti entro i 16 anni di vita, molto spesso su precisa disposizione delle Aziende (17) (Tab. 2). Tale fenomeno si riscontra in particolare al Sud Italia dove solo il 25% delle pediatrie ricoverano fino ai 17 anni compiuti mentre il Centro raggiunge il 46% e il Nord il 50% valori comunque sempre lontani da una situazione ottimale (17).

Età limite di ricovero, anni *	Nord, % (n=143) **	Centro, % (n=95) **	Sud, % (n=145) **	Totale, % (n=383) **
14	18	17	49	26
15	9	8	6	8
16	20	22	26	22
17	50	46	25	39

Tab. 2 Età limite di ricovero nei reparti di pediatria degli adolescenti
* Anni compiuti – ** Numero di UUOO di Pediatria che hanno risposto all'indagine
(Da Longhi R, Minasi D. Minerva Pediatr 2008)

Se poi si analizza l'andamento dei ricoveri in area pediatrica dei soggetti da 5-14 anni e da 15-17 anni nell'arco del decennio 1997-2007 si constata che si è avuto un aumento dei ricoveri di soggetti di età compresa fra i 5 e i 14 anni, passati dal 44% al 58% ma purtroppo ancora il 42% dei pazienti in tale fascia d'età, quindi anche molti bambini prepuberi, finiscono nei reparti di assistenza degli adulti (Fig. 1). Questo è ancora più grave per quanto riguarda i soggetti di 15-17 anni in quanto la grande maggioranza cioè circa l'85% vengono ricoverati in reparti per adulti e i dati sono peggiori di quelli di 10 anni prima (Fig. 1) (32).

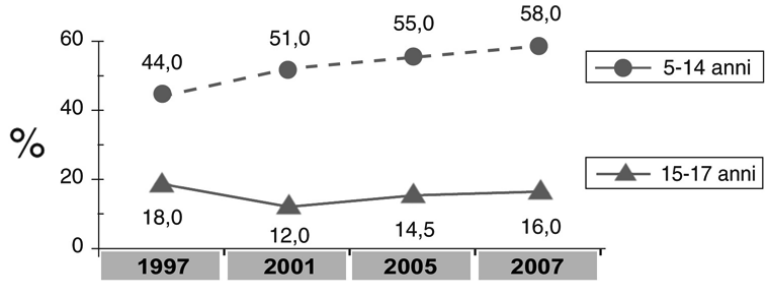


Fig. 1 - Ricoveri di soggetti in età evolutiva da 5-14 anni e da 15-17 anni nel decennio 1997-2007
(Da Bertelloni S. 2010)

E' pertanto ovvio che gli adolescenti bisognosi di assistenza sono costretti a rivolgersi alle strutture dell'adulto. Da ciò deriva il rischio che non vengano offerte le migliori possibilità di cura e di assistenza disponibili, soprattutto nelle situazioni acute gravi e di patologie croniche. A conferma di ciò la mortalità è rimasta quasi invariata negli ultimi 20 anni, rispetto a quella dei bambini
prepuberi, ridottasi di circa il 70% (19,23,33).
Ora si potrebbe iniziare a modificare la situazione chiedendo alle direzioni aziendali di:
- ricoverare tutti gli adolescenti nelle UU. OO. di pediatria (fino a tutto il 17° anno);
- non riconoscere i DRG di soggetti in età evolutiva ricoverati in reparti degli adulti;
- realizzare ambulatori, day hospital e strutture di degenza adeguate alle esigenze degli adolescenti.

L'ospedale e l'età evolutiva

Soprattutto per il paziente adolescente il momento del ricovero è molto delicato: l'ambiente sconosciuto, la perdita dei quotidiani punti di riferimento, degli amici, la preoccupazione per la propria salute, le peculiari specificità psicologiche dei ragazzi, che stanno attraversando la più delicata fase dello sviluppo, influiscono sull'equilibrio degli adolescenti malati e dei suoi genitori per cui oggi è nota a tutti l'importanza di passare dal curare le malattie al prendersi cura in maniera globale dell'adolescente. In tale ottica importanti sono: un ambiente il più possibile adeguato, una certa privacy, l'opportunità di garantire lo svago, qualche gioco (es. computers, clowns dell'associazione Medicus Comicus ecc.) studio in ambiente adatto durante il ricovero, la presenza dei genitori, il diritto alle cure migliori, la comprensione, il rispetto dell'intimità e protezione da situazioni umilianti in relazione all'età e al contesto culturale del minore; all'interno di reparti pediatrici che hanno l'obbligo di offrire tali possibilità (32 ,34).

Sono pertanto necessarie competenze, tempo, dedizione e professionalità, figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari), anche per informazioni adeguate all'età sulle procedure diagnostiche e sui trattamenti; e per adottate tutte le pratiche onde minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei minori e la sofferenza dei familiari (32).

L'assistenza e la cura all'adolescente diventano infine veramente impegnativo quando ci si trova di fronte a malattie rare o sconosciute, a psicopatologie e a neoplasie (35). Stando ai dati dei registri tumori, ogni anno almeno 10 mila italiani si sentono diagnosticare un tumore e mille di questi sono ragazzi fra i 15 e i 19 anni che, solo in minima parte raggiungono un centro di eccellenza pediatrica, per essere curati secondo protocolli clinici adeguati e specifiche competenze specialistiche per ricevere le migliori cure possibili (36,37,38). La maggior parte resta in una "terra di nessuno" e finisce nel mondo dell'oncologia medica dell'adulto dove molto spesso mancano cultura pediatrica, esperienza e protocolli adatti per le patologie che interessano i pazienti in questa fascia di età (39). Questo nonostante due terzi dei tumori che colpiscono gli adolescenti siano neoplasie di tipo pediatrico e vari studi abbiano evidenziato significative differenze in termini di sopravvivenza tra pazienti adolescenti trattati in centri e con protocolli pediatrici rispetto a quelli trattati in oncologie mediche dell'adulto, in particolare per quello che riguarda le leucemie acute e i sarcomi (39, 40, 41,42,43). A conferma di ciò l'80% dei bambini con leucemia linfoblastica da 1-14 anni può considerarsi guarito mentre molto minore è la percentuale dei soggetti di età superiore ai 15 anni per cui è indispensabile seguire tutte le strade che possono portare ad un miglioramento degli attuali risultati (42).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Oltre il 90% dei bambini che nascono con disabilità o affetti da malattie croniche, ha oggi un'aspettativa di vita notevolmente aumentata stimata oltre i 20-30 anni d'età (23) . L'impegno pertanto deve essere totale e, compiuto il 18° anno, la transizione clinica dalla pediatria alla medicina specialistica dell'adulto, è un processo multidisciplinare, per cui chi diviene responsabile delle cure di tali soggetti, deve prendersi cura anche delle esigenze psicosociali, educative e professionali (44,45). Si tratta, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale, di un delicato processo dinamico, incentrato sul paziente e sulle sue individuali esigenze, che deve garantire sensibilità, continuità, coordinazione, flessibilità, secondo linee guida prestabilite con una grande attenzione (46).

Per molti italiani, ed in particolare per quelli degli anni 1950, Giacomo Leopardi (1798-1837), nato da genitori rigidi nell'educarlo e che lo hanno privato di ogni affetto, è stato il poeta dell'adolescenza con il suo dolore, la solennità, la malinconia e l'ardore giovanile che fa intravedere "l'età fiorita", lo "stato soave …", "la stagione lieta è cotesta …", fino a "il limitare di gioventù …": ha dato profumo alla nostra adolescenza.

Qualcuno afferma che l'adolescenza è poesia, poema d'ispirazione e di bellezza, nel quale sono fusi, in un concerto armonioso, la purezza del cuore e il fuoco dell'affetto, la tenera malinconia e l'impeto della passione.

Margaret Mead (1901-1978) con le sue ricerche nelle isole dell'arcipelago di Samoa (Pacifico meridionale) ha però dimostrato, quasi cento anni fa, con ampi studi su parecchie popolazioni primitive, che conflitti, tensioni e disagio sono un prodotto della cultura non una concomitanza inevitabile della maturazione fisiologica (47,48,49).

Il disagio adolescenziale è appreso e non innato ed è originato da fattori culturali e non biologici.

Un tempo, quando ad un bambino di 6-8 anni veniva messo in mano un bastone per pascolare le pecore o a 10 -12 anni una carriola per aiutare i muratori o veniva mandato in miniera con un piccone a cavare il carbone, passava immediatamente dalla fanciullezza all'età adulta senza nessuna possibilità di avvertire e quindi, tanto meno, di esprimere il suo disagio. A quel tempo era una cosa "normale" per cui, come affermava la Mead, l'adolescenza matura in rapporto al particolare contesto socio culturale.

Si potrebbe pertanto dire che il nostro vissuto e quello dei nostri figli, il malessere dei nostri ragazzi è in un certo senso la conseguenza del nostro progresso, il frutto del nostro benessere.

Da tutti viene affermato che la comunicazione familiare costruita quotidianamente con la pazienza, il dialogo, l'ascolto, l'attenzione alle emozioni e alle opinioni, il far sentire il giovane compreso, appoggiato o contenuto nel confronto su opinioni diverse, sono elementi fondamentali per la crescita, lo sviluppo di figli emotivamente più equilibrati e socialmente maturi. Cose facili a dirsi ma molto difficili a realizzarsi. Va però sottolineato che, come affermava uno dei maggiori filosofi e sofisti (chiamati anche umanisti) della Magna Grecia Gorgia da Lentini (483-375 a.C.) "la parola ha un potere immenso: può instillare la gioia, abolire il dolore, esaltare la pietà, mettere fine alla paura; essere medicina per chi soffre".

Molto spesso l'adolescente si sente infelice durante questo periodo della vita per vari e molteplici ragioni: è pertanto opportuno che il pediatra, in particolare nel momento del ricovero, specialmente se lo ha seguito per anni, gli dimostri la sua vicinanza, la sua stima e, soprattutto la sua amicizia condividendo con lui tutte le sue apprensioni, perché "tener un amigo es compartir todas nostras cosas".

Ci si deve però augurare che lo Stato Italiano, le Regioni e gli Ospedali, attuino in tempi brevi quanto previsto da tutte le leggi che si sono susseguite negli ultimi 40 anni e diano la possibilità ai

Pediatri, anche in considerazione del nostro contesto sociale, di garantire lo stato di salute dei soggetti fino a 18 anni di età.
Nel frattempo Università, cultori ed esperti, della materia, dovranno proseguire a mettere in atto tutte quelle azioni che permettano di acquisite le più recenti e migliori conoscenze per soddisfare le esigenze di salute degli adolescenti.

BIBLIOGRAFIA

1 - Balbo A, Guerra M, Guglielmo M, Rota S, et al. Seneca e i giovani. Edizioni Osanna Venosa, 1997.
2 - Ariés P. Padri e figli nell'Europa medievale e moderna. Ed Laterza, 1960.
3 - Becchi E, Julia D. Storia dell'infanzia. Edizioni Laterza 1996.
4 - Raiola G, De Sanctis V, Bertelloni S, Chiavetta S, et al. Progetto di assistenza all'adolescente attraverso un programma di regionalizzazione e di standardizzaione delle strategie di intervento. Riv Ital Med Adolesc. 2007;5:5-7.
5 - Franchini F, Cotena G. L'adolescenza avanzata. Riv Ital Med Adolesc. 2010;8:22-23.
6 - Pivano F. C'era una volta un beat. Frassinelli Ed., Milano 2003.
7 - Santagata M, Carotti L, Casadei A, Tavoni M. Il filo rosso. Antologia e Storia della Letteratura Italiana ed Europea. Editore: Laterza. 2009.
8 - Legge Ordinaria Del Parlamento n. 977 del 17 ottobre 1967 - Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti. Pubblicata su Gazzetta ufficiale n. 276 del 6 novembre 1967.
9 - Ministero della Sanità - Piano sanitario nazionale 1998-2000 Gazzetta ufficiale n. 288,10 dicembre 1998.
10 - Ministero della Salute - Piano sanitario nazionale 2003-2005 approvato con DPR n. 95, 23 maggio 2003.
11- Ministero della Salute - Piano sanitario nazionale 2006-2008: approvato con DPR n. 149, 7 aprile 2006 - paragrafo 5.1.
12 - Bertelloni S. Burgio GR. Limiti cronologici e fasi dell'adolescenza. In: Bertelloni S. Adolescentologia - Percorsi medici e socio educativi. Tecniche Nuove 2010:3-5.
13 - De Sanctis V. Dichiarazione di Catanzaro. Riv Ital Med Adolesc. 2010;8:1.
14 - Ceresoli G. La mortalità infantile nelle Marche dal 1863 al 1995. Atti XVII International Meeting "Bambino: Progetto Salute 2000" Centenario Ospedale dei Bambini "G. Salesi" Ancona. Il 2000: impegno per un futuro migliore. 2000; 38-44.
15 - Maggioni G. Appunti per una storia della Pediatria ad Ancona. Atti XVII International Meeting "Bambino: Progetto Salute 2000" Centenario Ospedale dei Bambini "G. Salesi" Ancona. Il 2000: impegno per un futuro migliore. 2000;34-37.
16 - Caramia G. Evoluzione della Divisione di Medicina e Neonatologia 1979-2000. Atti XVII International Meeting "Bambino: Progetto Salute 2000" Centenario Ospedale dei Bambini "G. Salesi" Ancona. Il 2000: impegno per un futuro migliore. 2000;69-82.
17 - Longhi R, Minasi D. Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari. Minerva Pediatr 2008;60:823-35.
18 - Caramia G, Ruffini E, Fanos V. Infezioni e farmacoterapia pediatrica. Biomedia Editore. 2007; 375-460.
19 - Bertelloni S, Lombardi D, Perletti L. Il ricovero degli adolescenti in Pediatria. Quaderni ACP 2009; 16(4): 156-60.
20 - Pierani A. Testimonianza sull'operato infermieristico presso l'Ospedale dei Bambini. Atti XVII International Meeting "Bambino: Progetto Salute 2000" Centenario Ospedale dei Bambini "G. Salesi" Ancona. Il 2000: impegno per un futuro migliore. 2000;83-86.
21- Perletti L, Lispi L. L'organizzazione dell'assistenza per l'adolescente: l'ospedale. X Congresso Nazionale, Società Italiana di Medicina della Adolescenza. Scripta Manent Ed., Cagliari: 22-24 Ottobre 2003:11-17.
22 - Angeloni S. Assistenza dell'adolescente: tanti buoni motivi perché il pediatra sia il referente della salute dell'adolescente. Riv Ital Med Adolesc 2004;2:6-8.
23 - Bertelloni S, Raiola G. Frontiere pediatriche dell'adolescentologia. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:167-82.
24- Weiss JC, O'Neil J, Shope JT, O'Connor KG, et al. Paediatrician knowledge, attitudes, and counselling patterns on teen driving. Inj Prev. 2011 May 23. [Epub ahead of print].
25 - Saggese G, S. Bertelloni: I bilanci di salute nell'adolescente: I. J. P. 2001;27:656-59.
26 - Fiscina B: An Overview of adolescent health care in the United States: I.J.P.; 2005; 29:328-35.
27 - Bertelloni S, De Sanctis V, Ercan O, Raiola G. et al. Italian Society for Adolescent Medicine (SIMA); Adolescent Health Society Turkey; Mediterranean and Middle East Action Group on Adolescent Medicine (MAGAM). Promoting adolescent health: the need for a European perspective. Acta Paediatr. 2008;97(3):262-63.
28 - Saggese G, Bertelloni S. Politiche sanitarie a favore degli adolescenti. Riv Ital Pediatr (IJP) 2000; 26:704-07.
29- De Sanctis V, De Sanctis E, Raiola G. Il pediatra ed i problemi di salute degli adolescenti in Italia. Riv Ital Med Adolesc 2006;4;5-15.
30 - Marinello R. Adolescenti e cure primarie. Riv Ital Med Adolesc 2006;4;16-19.
31 - Bertelloni S, Castellano Barca G, Panza E, Raiola G. Adolescent medicine in Europe: integration and cooperation are needed. Eur J Pediatr. 2009;168(7):885-87.
32 - Bertelloni S. Perletti L, Raiola G. L'adolescente e l'ospedale. In: Bertelloni S. Adolescentologia - Percorsi medici e socio educativi. Tecniche Nuove 2010:35-38.
33 - Bertelloni S, Perletti L, Saggese G. Il pediatra e l'ospedale. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:121-39.
34 - Barberi I, Bona G, Cataldi L, Correra A, et al. Principali criticità da affrontare per una più efficace assistenza sanitaria ai soggetti in età evolutiva: proposte della Società Italiana di Pediatria (SIP). Minerva Pediatr. 2009;61(6):651-66.
35 - De Sanctis V. Assistenza all'adolescente. Strategie di intervento per migliorare la qualità: il ruolo dell'ospedale. Minerva Pediatr 2004; 56 (Suppl. 1 al n. 2):20-24.
36 - Dini G, Banov L, Dini S; EBMT Paediatric Diseases Working Party. Where should adolescents with ALL be treated? Bone Marrow Transplant. 2008;42 Suppl 2:S35-39.

37- Whelan JS, Fern LA. Poor accrual of teenagers and young adults into clinical trials in the UK. Lancet Oncol. 2008;9(4):306-07.
38 - Pastore G, De Salvo GL, Bisogno G, Dama E, et al. Evaluating access to pediatric cancer care centers of children and adolescents with rare tumors in Italy: the TREP project. Pediatr Blood Cancer. 2009;53(2):152-55.
39 - Ferrari A, Dama E, Pession A, Rondelli R, et al. Adolescents with cancer in Italy: entry into the national cooperative paediatric oncology group AIEOP trials. Eur J Cancer. 2009;45(3):328-34.
40 – Fern LA, Whelan JS. Recruitment of adolescents and young adults to cancer clinical trials--international comparisons, barriers, and implications. Semin Oncol. 2010 Apr;37(2):e1-8.
41 - Ferrari A, Thomas D, Franklin AR, Hayes-Lattin BM, et al. Starting an adolescent and young adult program: some success stories and some obstacles to overcome. J Clin Oncol. 2010; 28(32):4850-57.
42 - Ferrari A. Come e dove vengono curati gli adolescenti che si ammalano di tumore? Prospettive in Pediatria. 2011;41:1-6.
43- Casanova M, Ferrari A. Pharmacotherapy for pediatric soft-tissue sarcomas. Expert Opin Pharmacother. 2011;12(4):517-31.
44 - Bernasconi S. Novità in medicina dell'adolescenza. Prospettive in Pediatria 2009;38:192-98.
45 - Bernasconi S. Garofalo P, Volta C, Bertelloni S. La transizione dalle cure pediatriche a que3lle dell'adulto. In: Bertelloni S. Adolescentologia - Percorsi medici e socio educativi. Tecniche Nuove 2010:49-54.
46 - Burgio GR, Bernasconi S, Bertelloni S, Jankovic M, et al. Pediatria e educazione alla salute (nel ventennale della Convenzione ONU sui Diritti del Bambino, New York, 20 Novembre 1989). Minerva Pediatr. 2009;61(6):882-84.
47 - Mead M. The changing status of adolescents in the modern world. Md State Med J. 1969; 18(11):61-4.
48 - Mesoudi A. How cultural evolutionary theory can inform social psychology and vice versa. Psychol Rev. 2009;116(4):929-52.
49 - Heine SJ, Buchtel EE. Personality: the universal and the culturally specific. Annu Rev Psychol. 2009;60:369-94.

.

UNA RETE ASSISTENZIALE NEONATALE SU DUE LIVELLI?

Gennaro Vetrano

Pediatria/Neonatologia/UTIN – Osp. "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli – Benevento

La definizione di livelli uniformi di cura offre almeno 4 vantaggi al fine di migliorare la valutazione degli esiti di malattia e, in particolare, dei neonati ad alto rischio e per fornire la base per decisioni politiche che influenzano l'assegnazione delle risorse. In primo luogo, si realizza la possibilità di confrontare, per esiti di salute, l'utilizzo delle risorse e i costi tra le istituzioni. In secondo luogo, la standardizzazione della nomenclatura è maggiormente informativa per il pubblico, in particolare, per i pazienti ad alto rischio con possibilità di un ruolo attivo nella selezione del miglior servizio. In terzo luogo, l'uniformità nelle definizioni di livelli di assistenza, reso noto da un'associazione di categoria, consente al Servizio Sanitario Nazionale di elaborare propri standard. Infine, definizioni uniformi facilitano lo sviluppo e il miglioramento continuo per ogni livello di cura.
Sulla Gazzetta Ufficiale del 18 gennaio 2011 (1) sono state pubblicate le «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo» elaborate dalla Conferenza Unificata tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane – Accordo 16 dicembre 2010.
Nell'ambito delle misure di politica sanitaria e di accreditamento le "Linee di indirizzo" prevedono un "Patto per la salute per il triennio 2010-2012", da realizzare nell'arco di 3 anni, con una riorganizzazione dei punti nascita, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard per il mantenimento/attivazione dei punti nascita, riposizionando le Unità Operative di assistenza neonatale su 2 soli livelli, corrispondenti all'intensità assistenziale dei punti nascita e assicurando i servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).
Risulta, infatti, che i punti nascita con un numero di parti inferiori a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologica e medico-pediatrica attiva h24, rappresentano ancora una quota rilevante del totale (circa 30%). In tali strutture il numero di parti è esiguo e rappresenta meno del 10% dei parti totali in Italia. In queste unità operative, deputate all'assistenza del parto in condizioni di fisiologia si eseguono più cesarei (50%), mentre nelle unità operative più grandi e di livello superiore dove c'è concentrazione elevata di patologia, il tasso di cesarei è decisamente inferiore.
Nell'allegato 1B [STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLE U.O. DI OSTETRICIA E DELLE UNITA' OPERATIVE DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN)] le Unità Operative di I livello assistono neonati sani ed i nati con patologia che non richiedano ricovero presso T.I.N. (II livello). Un numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, perché occorrono altri requisiti specifici per il II livello. Infatti, i requisiti richiesti per il II livello sono legati ad un bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno, a un numero di almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1500 g inborn e a un numero > 1000 nati/anno nella struttura. Sono anche richiesti standard operativi, di sicurezza e tecnologici tra cui ricordiamo anche un'apparecchiatura per terapia con ossido nitrico e un'apparecchiatura per il trattamento ipotermico.
Le strutture, infine, dovranno essere autorizzate ed accreditate sulla base degli standard individuati.
E' superato, quindi, quanto proposto nel PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE (PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998 – 2000), in cui erano presenti 3 livelli di assistenza neonatale (2).

La Commissione sul feto e sul neonato dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) nel 2004 (3) ha pubblicato le proprie linee guida sulla base di una valutazione globale dei bisogni del paziente e di una distinzione tra livelli di bassa, moderata, elevata complessità. Queste definizioni riflettono, pertanto, la capacità di fornire cure sempre più complesse con logiche ripercussioni su adeguatezza di personale, attrezzatura ed organizzazione (V. tabella.)

TABELLA: Proposte di definizioni uniformi per le funzionalità associate con il massimo livello di assistenza neonatale all'interno di un istituto (AAP 2004)

Livello I (base) di cura neonatale
Il Nido per il neonato sano ha la possibilità
Fornire rianimazione neonatale ad ogni parto
Valutare e fornire assistenza post-natale per neonati sani
Stabilizzare e fornire assistenza ai neonati di età gestazionale di 35-37 settimane che rimangono fisiologicamente stabili
Stabilizzare i neonati che sono malati e coloro che sono nati con età gestazionale <35 settimane fino al trasferimento in una struttura in grado di fornire un adeguato livello di cure neonatali
II livello di Neonatologia (specialità)
Le unità di livello II sono suddivise in 2 categorie sulla base della loro capacità di fornire una ventilazione assistita compresa la pressione positiva continua
Il Livello IIA ha la possibilità di

Rianimare e stabilizzare i neonati pretermine e / o malati prima del trasferimento in una struttura fornita di terapia intensiva neonatale

Fornire assistenza ai bambini nati con età gestazionale > 32 settimane e peso ≥ 1500 g (1) che hanno immaturità fisiologica come apnea della prematurità, incapacità di mantenere la temperatura corporea, o incapacità di assumere alimentazione orale o (2) che sono moderatamente malati con problemi prevedibilmente a rapida risoluzione e senza bisogno di servizi di specialità o di urgenza

Fornire assistenza ai bambini che sono in convalescenza dopo terapia intensiva

Il Livello IIB ha le possibilità della Neonatologia di livello IIA e, in aggiunta, la possibilità di fornire una ventilazione meccanica per durate brevi (<24 ore) o pressione positiva continua

III livello (sottospecialità) UTIN: Le UTIN sono suddivisi in 3 categorie

Livello IIIA: ha le possibilità di

Fornire assistenza completa per i bambini nati in gestazione> 28 settimane e di peso> 1000 g

Fornire un sostegno continuo limitato alla ventilazione meccanica convenzionale

Eseguire piccoli interventi chirurgici, come il posizionamento di catetere venoso centrale o la riparazione di ernia inguinale

Livello IIIB: ha la possibilità di fornire

Assistenza completa per i neonati di peso estremamente basso peso (≤1000 grammi e ≤ 28 settimane di gestazione)

Supporto avanzato respiratorio come alta frequenza di ventilazione e ossido nitrico per tutto il tempo necessario

Accesso tempestivo e in loco per una gamma completa di specialità pediatriche

Imaging avanzato, con l'interpretazione in via d'urgenza, tra cui tomografia computerizzata, risonanza magnetica, e ecocardiografia

Specialisti di chirurgia pediatrica e anestesisti pediatrici in loco o presso un istituto strettamente correlato per eseguire un intervento chirurgico maggiore, come la legatura del dotto arterioso pervio e la riparazione dei difetti della parete addominale, enterocolite necrotizzante con perforazione intestinale, fistola tracheoesofagea e / o atresia esofagea, e mielomeningocele

Livello IIIC: ha la capacità di un livello di terapia intensiva neonatale IIIB e si trova all'interno di un'istituzione che ha la capacità di fornire ECMO e correzione chirurgica di malformazioni cardiache congenite complesse che richiedono un bypass cardiopolmonare

Risultano, pertanto, evidenti le differenze fra i due Sistemi Sanitari sopra menzionati. Le attuali “linee di indirizzo” italiane, procedendo ad una semplificazione dei livelli di cura non danno indicazioni su come debbano essere allocate le specialità pediatriche necessarie per un’assistenza intensiva completa e globale. Demandando alle Regioni la predisposizione di altri standard tecnologici raccomandati per identificare le Unità Operative di II livello si creano i presupposti per una diversità assistenziale al neonato patologico sul territorio nazionale.

Bibliografia:

1) Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011: CONFERENZA UNIFICATA ACCORDO 16 dicembre 2010 - Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011

2) MINISTERO DELLA SANITA' -DECRETO MINISTERIALE 24 aprile 2000 -Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" - Gazzetta Ufficiale n. 131 del 07-06-2000

3) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS -POLICY STATEMENT - Committee on Fetus and Newborn - Levels of Neonatal Care - PEDIATRICS Vol. 114 No. 5 November 2004 1341-1347

ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA.SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA

Fiorina Casale

Servizio di Oncologia Pediatrica - Dipartimento di Pediatria
Seconda Università di Napoli

Le malattie onco-ematologiche dell'età pediatrica rappresentano un evento relativamente raro nella patologia pediatrica.Ogni anno in Italia vengono diagnosticati oltre 150 nuovi casi di tumore maligno per milione di soggetti di età inferiore a 15 anni; nonostante la rarità, sono ancor oggi al secondo posto, dopo i traumi e gli incidenti, tra le cause di morte nei bambini con età superiore ad un anno.
Durante gli ultimi 30 anni si è registrato, tuttavia, un impressionante declino della mortalità infantile secondaria a tumore, determinato dall'approccio multidisciplinare, dall'affinamento delle modalità diagnostiche e terapeutiche e dai risultati della ricerca scientifica in questo campo . Attualmente, infatti, le neoplasie oncoematologiche del bambino sono guaribili in circa il 70% dei casi.
Le leucemie acute rappresentano le neoplasie di più frequente riscontro, a cui seguono i tumori del SNC, i neuroblastomi, i tumori renali (t. di Wilms), i linfomi H e NH, i sarcomi delle parti molli, i tumori ossei, etc.
Le percentuali di incidenza e la frequenza dei tumori sono distribuite diversamente nelle varie fasce di età e nei due sessi; solo le leucemie sono distribuite in modo costante, indipendentemente dall'età ed il sesso, in tutta l'età pediatrica.
L'Associazione Italiana di Oncologia ed Ematologia Pediatrica (AIEOP), affiliata della Società Italiana di Pediatria, è nata negli anni settanta con lo scopo di:

- registrare i casi Italiani di neoplasie;
- costruire una rete nazionale di Centri sparsi su tutto il territorio Italiano;
- elaborare e diffondere protocolli diagnostici e terapeutici per le principali neoplasie infantili;
- fornire, sia da un punto di vista scientifico che assistenziale, il gold standard di cura globale per tali patologie.

Da tale epoca molti progressi sono stati fatti e nel corso degli anni grandi successi sono stati ottenuti, grazie all'impegno di diversi studiosi dedicati all'Oncoematologia pediatrica.
Inoltre, altri fattori hanno contribuito a questi risultati, tra i quali ricordiamo:

- la migliore collaborazione internazionale con i vari gruppi cooperativi, sia nordamericani che europei, e l'impiego di protocolli comuni standardizzati e di trials clinici randomizzati ;
- l'ottimizzazione della terapia di supporto per la prevenzione ed il trattamento delle complicanze della malattia e della terapia;
- l'individuazione di importanti fattori prognostici ed i progressi nelle conoscenze degli aspetti biologici delle malattie neoplastiche.

Infine, l'attenzione degli esperti in Onco-ematologia pediatrica è rivolta anche a ridurre o minimizzare l'incidenza e la gravità dei danni iatrogeni a lungo termine, cercando di garantire una buona qualità di vita ed una integrità psico-fisica ai pazienti guariti.

I PROBLEMI PSICOSOMATICI E MINZIONALI DELL'ADOLESCENTE

Pietro Ferrara

Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università Cattolica del sacro Cuore, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

Le trasformazioni del corpo che si verificano durante la pubertà, orientano i fenomeni psichici dell'adolescenza costituendo la base su cui si organizza l'identità adolescenziale. In molti linguaggio scelto dal paziente per esprimere questo disagio, è il disturbo corporeo.
La relazione tra aspetti organici e funzionali dell'adolescenza, stati affettivi e comportamenti, costituisce il punto di partenza per la comprensione, prevenzione e trattamento dei disturbi psico-patologici dell'adolescenza.
In particolar modo la crisi adolescenziale deve essere considerata sia nelle sue determinanti biologiche che psicologiche da un team multidisciplinare di specialisti che si relazionano con gli adolescenti in momenti di crisi in cui il corpo è coinvolto o segnala un disagio. Nell'approccio multidisciplinare, l'attenzione è rivolta ad una più approfondita comprensione non solo della malattia in quanto tale, ma dell'adolescente con quella malattia.
Una malattia non dipende mai da una sola causa, ma va affrontata in una prospettiva multifattoriale, ed in particolare nell'adolescenza in quanto il disagio giovanile è una delle maggiori preoccupazioni della società moderna.
L'età adolescenziale è una fase di sviluppo problematica e turbolenta che richiede molta attenzione in tutta la famiglia.
Spesso dietro ad alcuni disturbi fisici come dolori addominali, cefalea, tachicardia si nascondono dei disturbi psicologici che devono essere analizzati ed affrontati correttamente. Numerosi studi hanno infatti dimostrato una stretta correlazione tra mente e corpo, al punto che a volte è difficile capire se l'origine del malessere sia psicologica o organica, specie in età adolescenziale.
In particolare l'enuresi (EN) è una condizione clinica molto frequente in questa epoca della vita. Secondo il DMS-IV, si definisce enuretico il soggetto che abbia compiuto almeno i 5 anni di età e che presenta una perdita completa e involontaria di urine, che avviene durante la notte, almeno due volte a settimana negli ultimi 3 mesi.
Secondo le linee guida della "International Children Continence Society" (ICCS), l'EN indica solo la perdita notturna di urine senza altri segni che interessano il basso apparato urinario, mentre si parla di incontinenza urinaria (IU) in presenza di disordini diurni quali un'aumentata frequenza minzionale (> 8 minzioni/die), l'urgenza minzionale, il riscontro di mutandine bagnate e la presenza di manovre atte ad evitare l'incontinenza come l'accovacciamento o il saltellare su di una gamba, e concomitante perdita di urine nel corso della notte.
Inoltre la ICCS distingue e identifica differenti sottotipi nell'ambito dell'EN:
• EN primaria (ENP) che viene diagnosticata nel caso in cui non sia mai stato acquisito il controllo sfinteriale da parte del bambino (60-80% dei casi). In questo caso il sintomo si relaziona a una disregolazione di fattori biologici, siano essi neurologici, ormonali o organici.
• EN secondaria (ENS) quando il bambino inizia a bagnare il letto dopo almeno 6 mesi di continenza urinaria, in assenza di trattamento (20-40% dei casi). Il sintomo, in questo caso, è generalmente secondario a motivazioni psicologiche, anche se in presenza di un mitto interciso e di altri sintomi urinari associati è necessaria una attenta valutazione.
L'EN è un disturbo che si manifesta prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 5 e gli 8 anni, con una maggiore incidenza nel sesso maschile e tendente a risolversi definitivamente entro l'età evolutiva. E' stato calcolato che a 5 anni la prevalenza è del 15%, a 10 anni del 5% e a 14 anni dell'1-2%.
Il raggiungimento del controllo sfinterico rappresenta una tappa importante nella storia dello sviluppo psicomotorio del bambino, perché implica sia la maturazione di una molteplicità di funzioni che l'interazione con il contesto sociale in cui il bambino è inserito.
Da un lato occorre che il sistema anatomo-funzionale deputato a tale controllo si sviluppi adeguatamente, dall'altro è impossibile scindere il controllo stesso dal condizionamento sociale cui il bambino viene sottoposto.
Per tali motivi quando si parla di terapia dell'EN vengono posti immediatamente alcuni quesiti: perché intraprendere una terapia, chi e quando trattare, come intervenire.
La multifattorialità dell'EN è comunque il principale fattore da considerare per orientarsi verso una terapia appropriata.
Una volta escluse le patologie organiche associate, consigli di carattere generale comprendono:
1. spiegare ai genitori che non si tratta di una patologia, ma di un disturbo che può beneficiare di un trattamento con il fine principale di ridurre prima il numero di notti bagnate e poi di portare alla scomparsa del problema stesso;
2. motivare il bambino rendendolo il "protagonista" delle procedure da intraprendere e non la vittima delle decisioni di altri, utilizzando un vocabolario facilmente comprensibile;
3. far rispettare al bambino alcune norme igienico-alimentari: urinare prima di andare a letto, limitare l'assunzione di liquidi nelle ore serali, non bere bevande gasate, effettuare un'adeguata pulizia dei genitali, etc;
4. scoraggiare punizioni o umiliazioni del bambino da parte dei genitori o di altri adulti.

In generale qualsiasi tipo di terapia va cominciata dopo il quinto anno di età e dopo un periodo di osservazione di almeno un mese, durante il quale il bambino dovrà annotare con attenzione il numero di notti bagnate.
L'epoca di inizio del trattamento, tuttavia, è un'indicazione puramente teorica e convenzionale e deve prendere in considerazione diversi aspetti della vita psico-affettiva, sociale e comportamentale del bambino che soffre di EN. Bisogna intervenire quando la richiesta di "voler guarire" viene espressa in maniera esplicita da parte del bambino e della sua famiglia. **Perché intraprendere una terapia:**
• Per l'impatto che l'EN può avere sulla sfera psico-comportamentale del bambino.
• Per la certezza che la causa principale dell'ENP monosintomatica non è da ricercarsi in generici motivi psicologici, ma, al contrario è proprio la condizione di enuretico che può comportare, se perdura nel tempo, delle problematiche di tipo psico-emotivo.
• Per le possibili ripercussioni sull'identità sessuale del soggetto e sulla possibilità di generare complessi di inferiorità e di inadeguatezza rispetto ai coetanei.
• Per migliorare la qualità di vita dei bambini che traggono beneficio dalla terapia e delle loro famiglie.

L'ODONTOIATRA NEL FUTURO DELLA PEDIATRIA OSPEDALIERA

Dorina Lauritano*, Savatore Vendemmia, Marco Baldoni*

** Clinica Odontoiatrica Università degli studi di Milano-Bicocca*

Negli ultimi anni sempre maggiore è l'interesse per la salute dei bambini e in particolare per quella dentale, grazie anche alla attenzione di odontoiatri, pediatri di base ed ospedalieri, igienisti dentali, per cui si sono sviluppati sistemi di prevenzione utili ed efficaci su un territorio provinciale.
L'Organizzazione Mondiale per la Sanità nel documento Health 21, il quale contiene i 21 obiettivi dell'OMS Europa per il XXI secolo, all'interno dell'Obbiettivo 8 "Ridurre le malattie non contagiose" pone in grande risalto la prevenzione delle carie dentali. La prevenzione e la cura di tali patologie risulta importante nell'ambito di una migliore salute per gli di abitanti della Regione europea, con rilevanti ricadute anche sull'equità della salute stante la correlazione esistente tra le condizioni economiche e culturali e la salute orale dei cittadini.
Le malattie del cavo orale interessano il 96% della popolazione italiana compresa tra i 25 e i 44 anni, sono strettamente legate agli stili di vita della popolazione (igienici e alimentari) e sono provocati da batteri contenuti nella placca dentaria. Una componente significativa, inoltre, è rappresentata dalle anomalie congenite e acquisite dell'apparato stomatognatico.
La mancanza di adeguati interventi di prevenzione primaria e secondaria porta ad alti valori di prevalenza di carie e di parodontopatie, con perdita precoce di elementi dentari, che a loro volta determinano alte percentuali di edentulismo (parziale o totale) e conseguenti disagi funzionali ed estetici, di rilevanza sanitaria e psicosociale. La medicina moderna insegna che il danneggiamento o la perdita di una parte o di tutti gli elementi dentari ha come conseguenza principale una grave diminuzione d'efficienza della funzione masticatoria che si ripercuote sull'apparato digerente. Le funzioni dei denti non si limitano alla masticazione. Per la particolare collocazione, in rapporto alle labbra, alle guance e soprattutto alla lingua, essi hanno un ruolo essenziale anche nella fonazione, più precisamente nell'articolazione della parola.
Anche nella vita relazionale i denti svolgono un ruolo essenziale: l'impossibilità di sorridere, oppure la semplice ritrosia a mostrare anche di sfuggita una bocca "disastrata", non rappresentano semplicemente una pesante limitazione nei rapporti sociali, ma divengono spesso causa di sofferenza interiore che può arrivare alla compromissione della vita di relazione.
La prevenzione è uno degli aspetti fondamentali di una corretta gestione della salute. Il ricovero ospedaliero presso un reparto ospedaliero pediatrico può rappresentare un momento elettivo per insegnare modelli di comportamento preventodontici. E' convinzione ormai diffusa che, anche in altri ambiti, ma soprattutto in quello odontoiatrico, l'investimento nella prevenzione garantisce dei risultati estremamente positivi sia in termini di salute che in termini economici. L'enfasi che vogliamo qui dare ad una seria e capillare attività di prevenzione non vuole ridursi a mera affermazione di principio. E' la condizione indispensabile per avere nel futuro di medio e di lungo periodo una popolazione sempre meno bisognosa di interventi curativi e riparativi, con tutto quello che ciò significa in termini di risparmio di spesa sia per singoli cittadini che per la collettività.
Ecco quindi, che come l'OMS e il ministero della salute suggeriscono, l'Università degli studi di Milano Bicocca, ha messo **a disposizione presso l'U. O. di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza**

- lezioni di IGIENE ORALE da impartire ai bambini di varie fasce d'età e
- uno screening dentale per la valutazione della salute orale dei bambini per i bambini ricoverati.

Tale attività preventiva ha aiutato i pediatri e le famiglie a identificare eventuali carenze dell'igiene orale e possibili problematiche a carico del cavo orale dei loro bambini. I risultati della nostra esperienza ci indicano come l'attività dell'Odontoiatra nei reparti di Pediatria influenzi la salute orale dei bambini ricoverati con miglioramenti dell'indice di placca e DMFT e che tali cambiamenti vengano mantenuti una volta che il bambino viene dimesso. La valenza sociale di questo lavoro deriva dal fatto che è rivolto ad un pubblico molto giovane; un pubblico al quale è più semplice dare informazioni che gli saranno utili per migliorare la loro salute orale.

BIBLIOGRAFIA

1- Carlo Guastaomacchia, Weviano Ardizra-"Igiene domiciliare"Masson editore
2- Andrea De Benedetto,Alfredo Butteri-"Manuale di laboratorio odontotecnico" Franco Lucidano Editore
3- Ferro R., Menghetti B., La prevalenza della carie dentale in Europa, Il dentista moderno, Febbraio 2005.
4- Piffer S., Nava E., "L'esperienza ed i risultati del progetto di promozione della salute orale in Trentino. Anni 1997-2003", Prevenzione Odontostomatologica, 2004, 1:7-18.
5- Rizzi D., Rizzo C., Pettini F., Santacroce R., Coscia M. F., De Vito D., Tipo di
alimentazione in un campione di ragazzi della scuola elementare e prevalenza della carie in Regione Puglia. 41° Congresso Nazionale della Società Italiana d'Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Genova, 20-23 ottobre 2004
6- Castiglia P., Strohmenger L., Campus G., Senna A., Maida C., Majori S., Montagna M.T., Reali D. & Gruppo di lavoro SitI "L' Igiene in Odontoiatria", Prevalenza della carie in Italia. Studio multicentrico nella popolazione di 4 e 12 anni. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 41° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene
7- www.ministerodellasalute.it
8- www.consiglio.provincia.tn.it

MAPPA DELLE PEDIATRIE ITALIANE 2010: dati preliminari

Riccardo Longhi*, Domenico Minasi**, Raffaella Agosta***

**U.O. Pediatria - Ospedale Sant'Anna - Como*
***U.O. Pediatria – Ospedale Santa Maria degli Ungheresi - Polistena*
****Biomedia - Milano*

La Società Italiana di Pediatria, con la collaborazione della Società Italiana di Neonatologia, ha varato, nel 2007, un importante progetto dal titolo "Mappa delle Pediatrie e Neonatologie Italiane".
L' 83.47% delle U.O. di Pediatria e Neonatologia contattate, cioè 520, ha completato, per via telematica, un questionario che riguardava le principali caratteristiche strutturali e organizzative delle singole U.O. e i più importanti dati concernenti l'attività clinica dell'anno precedente. I risultati sono stati presentati in occasione dei Congressi Nazionali SIP di Genova e Padova e sul sito web della SIP. A distanza di 4 anni, si è ritenuto opportuno ripetere lo studio per mettere in evidenza gli eventuali cambiamenti intervenuti dal 2006 e capire se essi potessero costituire un trend significativo.
In questi ultimi anni, infatti, la Pediatria ospedaliera ha cercato di modificare la propria organizzazione per andare incontro alle necessità/desideri del bambino malato e della sua famiglia, al calante numero dei pediatri desiderosi di abbracciare la carriera ospedaliera, ai sempre più pronunciati tagli economici in ambito sanitario.
La raccolta 2010, attualmente in corso, ci consentirà di valutare criticamente gli eventuali cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, negli organici, nei livelli e volumi di attività clinica.
In sede congressuale, verranno presentati i dati desunti dal confronto delle risposte al questionario 2010 di un numero limitato di U.O. di Pediatria, (quelle che per prime hanno completato l'indagine), rispetto alle corrispondenti risposte del 2006.

LA RETE DELLE SPECIALITÀ PEDIATRICHE

Carmine Pecoraro

Aorn "Santobono-Pausillipon" Nefrologia, Napoli

La rete delle specialità pediatriche si può realizzare con la creazione di un sistema integrato interattivo che, attraverso attività di formazione e ricerca, ha come obbiettivo primario il miglioramento costante dello standard assistenziale sia in ambito ospedaliero che territoriale. I metodi attraverso cui realizzare una rete delle specialità efficiente ed efficace sono: la razionalizzazione del sistema di offerta, evitando inutili e costose duplicazioni dei servizi, la riduzione della mobilità interregionale attraverso la conoscenza delle prestazioni ospedaliere pediatriche offerte in ambito regionale, la collaborazione tra pediatri ospedalieri e pediatri di famiglia, la collaborazione con le associazioni dei genitori per l'individuazione dei bisogni assistenziali, la realizzazione di un sistema di monitoraggio e verifica delle attività svolte. I livelli della rete sono quello della pediatria territoriale, della pediatria e neonatologia ospedaliera e i centri di riferimento regionale, è poi previsto un centro di coordinamento unico regionale. Ogni Coordinamento di Settore Specialistico è costituito da uno o più centri di riferimento regionale, un referente per ogni struttura pediatrica della regione, un pediatra di famiglia per provincia. Il modello di rete più diffuso è quello “hub and spoke” che è, di fatti, una modalità di produzione e distribuzione dell’ assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell’assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L’attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (SPOKE) che assicurano l’assistenza per la casistica residua.

FUGA DAGLI OSPEDALI

Pietro Vajro[1], Giuseppe Longo[2], Egidio Celentano[2], Giulia Paolella[1].

[1]Cattedra di Pediatria, Facoltà di Medicina dell'Università di Salerno; [2]ARSan Regione Campania (corrispondenza: pvajro@unisa.it)

Riassunto

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno di fondamentale importanza per la programmazione sanitaria territoriale regionale e nazionale. La mobilità sanitaria può essere intesa come mobilità interregionale,extraregionale e mobilità internazionale. Si tende recentemente a parlare di vera mobilità sanitaria anche quando la distanza percorsa dal domicilio del paziente per raggiungere la struttura ospedaliera sia superiore a 120 minuti. Accordi tra regioni sono necessari per arginare il fenomeno in modo da favorire soltanto la migrazione sanitaria inevitabile verso i centri di alta specialità. Le regioni che presentano elevati tassi di mobilità passiva dovrebbero cercare di bilanciarla favorendo l'istituzione di ambulatori e/o strutture specialistiche in sede. I dati Pediatrici a disposizione sono a tutt'oggi molto scarsi. La migrazione pediatrica extraregionale della regione Campania (dove il fenomeno determina notevoli conseguenze sul bilancio economico) valutata mediante l'utilizzo dei dati 2005-2009 estratti dell'archivio regionale delle SDO della Campania (ARSan) ha evidenziato che i flussi migratori dei pazienti pediatrici sono diretti principalmente verso il Lazio (Ospedale Bambino Gesu') e le regioni del Nord Italia. Il confronto con dati precedenti indica che le cause più frequenti di mobilità pediatrica in Campania continuano ad essere rappresentate dalle malattie del sistema nervoso seguite dalle malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo, dell'orecchio, del naso e della bocca, del rene e delle vie urinarie, delle malattie mieloproliferative e neoplasie e dai disturbi mentali.

Mobilità sanitaria

Nel nostro Paese il problema della mobilità sanitaria di pazienti adulti e bambini di qualsiasi branca specialistica comporta un rilevante trasferimento di risorse tra le Regioni e risulta diretta principalmente dalle Regioni del Sud verso quelle del Nord e, in alcuni casi, verso gli ospedali specializzati del Centro o all'estero.

Le differenti componenti della mobilità sanitaria interregionale possono quasi sempre ricondursi a una delle seguenti componenti

- componente programmata (dovuta alla prevista utilizzazione di presidi extra regionali di eccellenza e alta specializzazione)
- componente casuale (di chi si trova lontano da casa per motivi non sanitari),
- componente di confine (che si verifica tra punti prossimi a un confine regionale),
- componente subita (causata da carenze quali e/o quantitative dell'offerta assistenziale o anche da preferenze non corrispondenti alle motivazioni assistenziali strutturali).

Un fenomeno numericamente più limitato è la mobilità internazionale (**Zocchetti C**), le cui cause possono anche qui ricondursi a:

a) motivi di cura programmata: cittadini italiani si recano all'estero esplicitamente per eseguire un intervento chirurgico o per seguire un percorso terapeutico. Avviene mediante un percorso definito da un atto autorizzativo dell'Asl di appartenenza per alcuni centri di riferimento e per patologie selezionate.

b) mobilità casuale/occasionale: si verifica per esigenze sanitarie quando si è all'estero per lavoro, studio, vacanza, ecc.

c) componente di confine per tre specifiche situazioni che riguardano il nostro Paese: stato del Vaticano (in particolare per l'ospedale Bambino Gesù di Roma), dello stato di San Marino e del comune di Campione d'Italia (che si trova in territorio svizzero).

Il quadro della mobilità sanitaria internazionale è probabilmente destinato a essere radicalmente modificato dalla nuova direttiva europea appena approvata sulla mobilità transfrontaliera, che tende a favorire la mobilità di pazienti e di operatori, con prevedibili rilevanti ricadute per alcuni settori (le cure odontoiatriche, ad esempio) o per alcune aree geografiche (est europeo). (**Zocchetti C**)

I determinanti della mobilità passiva sono vari ma comunque sempre riconducibili alle carenze strutturali e/o professionali e alla ricerca di sicurezza nella struttura ospedaliera che risulta maggiore presso i centri di alta specialità. La ricerca di un equilibrio psico-somato-ambientale e le forti aspettative nei confronti delle moderne tecnologie sanitarie, dei farmaci di ultima generazione, degli interventi chirurgici all'avanguardia, incidono ulteriormente sulla mobilità sanitaria. Le liste di attesa ,secondo la rilevazione 2009 del Forum per la ricerca biomedica, rappresentano il principale aspetto negativo della Sanità (oltre il 72,8%). Il 39,6% è disposto a spostarsi verso un'altra Regione per un grave problema di salute, e tale percentuale aumenta al 48,2% per il Sud e le Isole. (**Collicelli C**). Il livello di istruzione sembra rappresentare il principale determinante socio-economico dell'ospedalizzazione fuori regione, mentre incidono in misura minore il reddito e la qualità dell'abitazione. (**Petrelli A**)

Indicatori di mobilità sanitaria

Per descrivere sinteticamente la mobilità ospedaliera tra regioni e tra ASL, il SSN ricorre all'utilizzo di appropriati *indicatori di mobilità:*

- *indice di fuga (%* dimissioni di pazienti residenti nella Regione o ASL effettuati in strutture site in altre Regioni rispetto al totale di dimissioni fatte nella zona di residenza);
- *indice di attrazione (%* dimissioni di pazienti non residenti sul totale dei ricoveri effettuati nella Regione o nel territorio ASL);
- *indice di emigrazione (%* pazienti residenti ricoverati in strutture site fuori dalla regione);
- *indice di immigrazione (%* pazienti che si ricoverano in strutture diverse da quelle della propria ASL o Regione di residenza);
- *autocontenimento dell'offerta (*rapporto tra coloro che risiedono e si ricoverano nella Regione o nella ASL e tutti coloro che vi risiedono e che danno luogo ad un ricovero ovunque esso avvenga);
- *autocontenimento della domanda (*rapporto tra coloro che risiedono e si ricoverano nella Regione o nella ASL e tutti coloro che in essa si ricoverano).

Costi della mobilita' sanitaria

A Maggio 2011 l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha organizzato con l'Associazione italiana di Epidemiologia (Aie) e l'Associazione italiana di Economia sanitaria (Aies) il panel di studio "Viaggiare per la salute- La mobilità sanitaria", ripreso anche dalla stampa nazionale (ad es. Il Sole 24 ore, *Sanità*: 24-30 maggio e 21-27 giugno 2011), che ha ampiamente diffuso e sottolineato che nel 2009 la mobilità ha prodotto un onere a carico delle Regioni del Sud pari ad un miliardo e settantacinque milioni di euro nei confronti delle Regioni del Centro-Nord, prevalentemente per ricoveri ospedalieri

(**Fig. 1A**, **1B**).

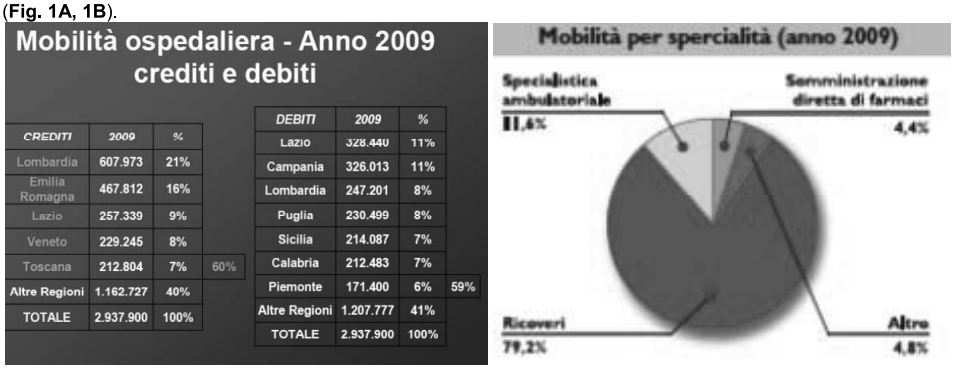


Fig. 1 Mobilità ospedaliera nazionale 2009: A) Crediti/debiti e B) Mobilità/Specialità (Checconi O et al)

Mediante l'analisi dei DRG , si è osservato che in Italia la distanza media tra l'ospedale e il domicilio del paziente è di circa 60 minuti. Si è pertanto proposto di parlare di mobilità specie quando il ricovero avviene presso un ospedale che dista oltre 120 minuti dal domicilio del paziente: questa è prevalente nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare (**Cislaghi C**) (**Fig. 2**)

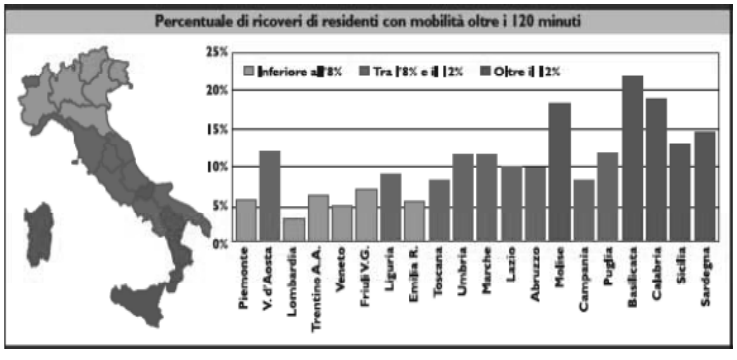


Fig. 2 Mobilità nazionale: % di ricoveri di residenti con mobilità > 120' (Cislaghi C)

La compensazione della mobilità sanitaria [nuovamente a tariffa unica convenzionale (Tuc), dal 1/07/ 2003] è regolata da un accordo tra Regioni nel rispetto dei principi di scoraggiare la mobilità per le prestazioni sanitarie di medio bassa complessità o a rischio di inappropriatezza; garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità; prevedere un incremento delle tariffe per i Centri di alta qualificazione. Di fatto, l'analisi della mobilità 2004-2009 ha permesso di riscontrare che la Tuc ha raggiunto almeno l'obiettivo del contenimento delle prestazioni sanitarie ospedaliere (**Fig. 3**) e che la mobilità sanitaria si verifichi principalmente per l'alta specialità (**Di Loreto P, Checconi O**).

Fig. 3 Mobilità interregionale nazionale: trend aa 2004-2009 (Di Loreto P, Checconi O)

La programmazione integrata dei servizi di confine regionale (che si sta già realizzando soprattutto nel Centro e nel Nord Italia) permetterebbe di evitare duplicazioni delle prestazioni sanitarie e pertanto di ottimizzare ulteriormente le risorse. In sintonia con l'opinione del direttore dell' Agenas Fulvio Moirano, è urgente che si stilino accordi tra le Regioni del Sud che presentano maggiore mobilità passiva e quelle del Nord fortemente attrattive.

La mobilità interregionale presenta due nuove problematiche: il tema dei diritti del cittadino circa le prestazioni sanitarie ed i livelli di assistenza (LEA), e quello delle informazioni. Le informazioni risultano utili per identificare casi di mobilità solo apparente, quando ad esempio il cittadino presenta una residenza diversa dal domicilio, concetto importante in quanto i sistemi informativi che rilevano le attività sanitarie e quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali sono fondati sul concetto di residenza (e non di assistenza) (**Zocchetti C**).

Valutazioni, Vantaggi, Rimedi, Attrazione dei pazienti

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno forse inevitabile in quanto i centri di alta specialità possono essere necessariamente presenti solo in alcune aziende ospedaliere del territorio nazionale. Quando le aziende sanitarie non sono in grado di fronteggiare il fenomeno della mobilità passiva, occorre stabilire strategie per attrezzarle. Poiché questo rappresenta un costo rilevante per il SSN, risulterà necessario comprendere se i potenziali benefici che il Ssn trarrebbe dalla presenza della mobilità risultino compensati dal p.d.v. economico.

Sta di fatto che se è vero che i pazienti delle regioni del Mezzogiorno ricoverati presso ospedali del Nord per interventi chirurgici specialistici presentano tassi di sopravvivenza superiori rispetto ai malati che rimangono a farsi curare nelle strutture della propria Regione, è anche vero che per il trattamento di altre patologie scarsamente curabili, come il Ca. polmonare, i pazienti ricoverati fuori regione presentano la stessa sopravvivenza di quelli ricoverati nella regione di residenza. (**Costa G, Petrelli A e Fusco D***)*

Per controbilanciare le fughe risulta necessaria l'attrazione dei pazienti, agendo su diversi determinanti che sono causa di mobilità: la ricerca di alte specialità, la presenza di liste di attesa, la mobilità professionale. Le cure primarie dovrebbero essere responsabilizzate per la loro funzione di gatekeeper. Parimenti è utile la responsabilizzazione di clinici, direttori di unità operativa, ognuno per le fughe nella propria specialità. Per bilanciare le fughe, il reclutamento del paziente fuori regione può avvenire istituendo nuovi ambulatori o strutture di eccellenza (**Longo F**). E' questo ad esempio il caso del Centro Cardiologico Pediatrico Mediterraneo (CCPM) in Sicilia, recentemente gemmato dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma che ha come obiettivo primario quello di assicurare l'assistenza di alta specializzazione cardiologica e cardiochirurgia sia per la popolazione pediatrica siciliana sia per quella di altri Paesi del bacino del Mediterraneo. La Regione Siciliana avrà una riduzione degli oneri a suo carico, poiché diminuiranno in maniera considerevole "i viaggi della speranza" per le patologie cardiache. Questo è anche il caso della sperimentazione di partner extraregione ed intercontinentale (es. Università di Pittsburgh) per la Telemedicina relativa a branche quali la Radiodiagnostica e l'Anatomia Patologica con sede all'ISMETT di Palermo.

Il fenomeno della mobilità sanitaria in eta' pediatrica

I dati sinora passati in rassegna riguardano la popolazione italiana adulta. Ci è sembrato utile esaminarli in quanto potranno aiutare a meglio comprendere il fenomeno anche relativamente all'età pediatrica, per la quale sono purtroppo presenti in letteratura solo pochi studi e non recenti su base nazionale (**Greco L. et al**) o regionale (regione Calabria: **Tamburlini G**; regione Campania: **Andria G & Lodato S; Grimaldi M et al, Pizzuti R ed Esposito S**). Altri documenti di Agenzie regionali sanitarie con dati anche pediatrici riguardano specificamente la mobilità sanitaria della regione Puglia, Lazio e Toscana).

Nell'articolo di **Greco et al**. è stata esaminata nel 1982 la mobilità sanitaria pediatrica di bambini residenti in regioni del Sud Italia afferenti a 10 centri pediatrici del Nord per 6 mesi. Nel 50% dei casi il ricovero fuori regione era spontaneo. Oltre il 60% era migrato per il prosieguo di precedenti follow-up, come loro prescritto dagli stessi centri. Le motivazioni dell'iniziale migrazione consistevano nella mancanza di fiducia nell'assistenza erogata al Sud, (presunta) mancanza di centri attrezzati, negative esperienze precedenti. Dal 30 al 40% dei bambini malati "migranti" sono risultati affetti da patologia minore, spesso al limite della reale necessità di ricovero. Tra le patologie di rilievo emergevano quelle neurologiche incluso il ritardo mentale, le oncologiche, le renali e le infezioni delle prime vie aeree.

Il caso del bambino Campano

Nel periodo 2002-2006 i dati estratti dall'archivio regionale delle SDO della Campania (ARSan) riscontrano la preminenza delle patologie del SNC, delle prime vie aeree, nefro-urologiche, emato-oncologiche, e quelle dell'apparato muscolo scheletrico (**Andria G e Lodato S**).

I nostri dati preliminari relativi alla migrazione sanitaria pediatrica della Campania nel periodo 2005-2009 (ultimo anno disponibile di rimborso delle SDO per i ricoveri extraregionali), purtroppo confermano ancora che le malattie del sistema nervoso (12,5%) hanno continuato a rappresentare il maggior numero di dimissioni da strutture extra regionali, seguite dalle malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (12,2%), dell'orecchio, del naso e della bocca (8.2%), del rene e delle vie urinarie (7.9%), delle malattie mieloproliferative e neoplasie scarsamente differenziate (7.6%), e dai disturbi mentali (7.4%) (**Fig. 4**)

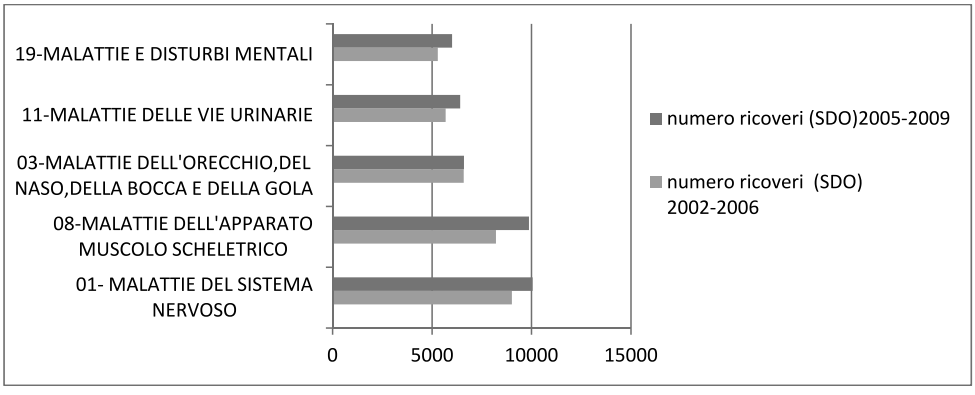


Fig. 4 Principali Cause di migrazione sanitaria pediatrica interregionale: confronto del periodo 2005-2009 vs. 2002-2006

Durante questo periodo, il flusso di pazienti pediatrici campani fuori regione è risultato maggiormente rivolto ancora verso l'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma (38.4%), seguito dagli ospedali del Lazio (14.3%), della Toscana (10,9%), della Liguria (8.2%), della Lombardia (7.1%) e dell'Emilia Romagna (6.5%), con verosimile scarsa influenza globale del fenomeno di confine [Puglia (2.6%), Molise (2.5%), Basilicata (2%)]. (**Fig. 5**)

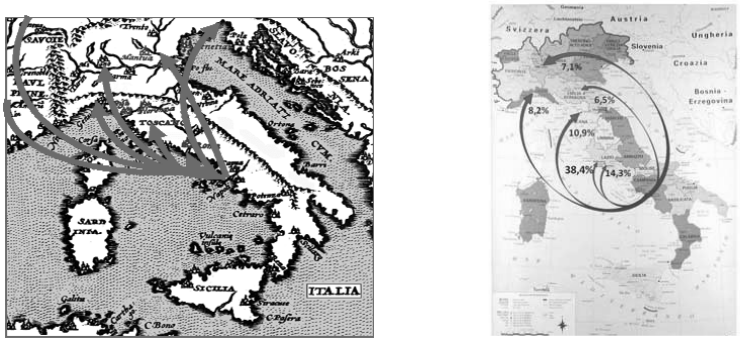


Fig. 5 Principali destinazioni dei bambini malati campani migranti: A (dati 2002-2006), B (dati 2005-2009 del presente studio)

Ci stiamo attualmente adoperando per un'analisi più dettagliata del dato epidemiologico su base territoriale regionale, capace di permettere una valutazione economica e sociale del fenomeno. Un censimento delle strutture e delle risorse specialistiche pediatriche presenti in regione permetterà di verificare il possibile ruolo giocato dalla mancata informazione e valorizzazione delle specialità pediatriche esistenti (migrazione sanitaria evitabile) *vs* le effettive carenze strutturali e/o professionali da correggere invece mediante l'implementazione di settori sub specialistici pediatrici carenti. Si sta inoltre avviando una ricerca complessa sui genitori dei bambini coinvolti, sui pediatri di base e sugli operatori dedicati alle fasce fragili dei diversi territori, al fine di individuare in maniera più precisa le variabili influenti sul fenomeno migratorio. I nostri dati suggeriscono l'utilità di istituire un osservatorio regionale sulla migrazione sanitaria pediatrica per valutare l'efficacia delle misure correttive attuate.

Referenze

1) Andria G & Lodato S. Atti del Convegno “Gente che va, gente che viene: migrazione e Pediatria in Campania”, Napoli 24 Febbraio 2007
2) Checconi O. Il quadro italiano della mobilità regionale. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
3) Cislaghi C. Mobilità: problemi di misurazione. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
4) Colicelli C. Implicazioni sociali della mobilità. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
5) Costa G, Petrelli A, Fusco D. Implicazioni epidemiologiche della mobilità. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
6) Greco L. et al. Indagine sulla migrazione Sud-Nord del bambino malato. Riv Ital Ped (IJP) 1985; 11: 287-95
7) Grimaldi M. et al. Migrazione Sud-Nord di pazienti pediatrici in Italia. Attitudine dei pediatri delle regione del Sud Italia. Riv Ital Ped (IJP) 1983; 9: 298-300
8) Longo F. Implicazioni manageriali della mobilità. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
9) Di Loreto P., Checconi O. Il governo inter-regionale della mobilità. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
10) Moirano F. La Mobilità sanitaria. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011
11) Pizzuti R. , Esposito S. Atti del Convegno “Seminare e Raccogliere, Guadagnare salute”, Napoli 25-26 Gennaio 2008.
12) Tamburlini G. La migrazione di pazienti pediatrici dalla Regione Calabria. Medico e Bambino, 1997; 9: 551-2
13) Zocchetti C. Mobilità: le definizioni principali. Atti del convegno “Viaggiare per la salute” La mobilità sanitaria, Roma 3-4 Maggio 2011

LA PEDIATRIA OSPEDALIERA: RAPPORTI CON LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Giuseppe Di Mauro*, Lorenzo Mariniello**, Dora Di Mauro***, Francesco Di Mauro****

*Pediatra di famiglia, Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale**
*Pediatra di famiglia, Componente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale***
*Dipartimento Di Pediatria Università degli Studi di Parma****
*Studente di Medicina e Chirurgia II Università di Napoli*****

Con grande piacere ho accettato l'invito di Salvatore Vendemmia a parlare del rapporto tra pediatria ospedaliera e pediatria di famiglia, un argomento da me più volte affrontato in passato, in particolare allorquando ero ai vertici nazionali della FIMP, ciò perchè l'occasione mi permette di guardarmi indietro, di valutare i cambiamenti che si sono verificati nell'attività del Pediatra ospedaliero e di famiglia e nei loro rapporti negli ultimi 20 anni e di effettuare delle considerazioni per il futuro.

Fino a pochi orsono l'assistenza sanitaria in Italia era centrata su un modello ospedalocentrico. La legge n° 833/78 poneva l'ospedale al centro del servizio sanitario nazionale ed i distretti sanitari erano considerati propaggini territoriali dell'ospedale, i Pediatri di libera scelta e i Medici di medicina generale erano ai margini delle scelte organizzative. La medicina del territorio, pertanto, era erogatrice di servizi extra-ospedalieri. Tutto questo portava a forti costi, allungamento delle liste di attesa, spersonalizzazione dell'assistenza, ridotto controllo della domanda.

In questa ottica il medico ospedaliero era il fulcro dell'assistenza sanitaria, invece il medico del territorio, sempre isolato nel proprio ambulatorio, era spesso relegato ad un ruolo subordinato e di semplice esecutore di scelte fatte dal primo.

Ma in seguito all'incremento dei bisogni assistenziali dovuti sia all'innalzamento dell'aspettativa di vita che ai cambiamenti societari dello stile di vita le varie Regioni, sugli indirizzi del Servizio Sanitario Nazionale, hanno intrapreso un percorso di ristrutturazione dei servizi socio-sanitari, nell'ottica di meglio allocare le limitate risorse finanziarie destinate a tale scopo.

La riorganizzazione delle cure primarie e il riequilibrio ospedale-territorio sono ritenuti provvedimenti indispensabili **per rendere più efficiente la spesa**, nel medio-lungo termine.

Affinché il modello organizzativo delle cure primarie possa funzionare bene e in modo integrato con la rete ospedaliera è indispensabile:

- **Valorizzare il ruolo del Pediatra di famiglia e del Medico di Medicina Generale** (MMG) quale attore principale del processo di erogazione delle cure
- Promuovere la nascita di esperienze di associazionismo e di lavoro in equipe (Pediatri, MMG, Medici di Continuità Assistenziale, infermieri, medici specialisti, ecc.), che assicurino la presa in carico del paziente assicurando la continuità delle cure. Grazie anche alle varie forme associative il Pediatra e il MMG sono stati messi in condizione di intercettare il bisogno della domanda, se possibile, soddisfacendolo al primo intervento e, se non possibile, governandolo nei percorsi successivi (specialista, ricovero in Ospedale ecc.).
- **Razionalizzare e ammodernare la rete ospedaliera:**

– effettuare investimenti strutturali e tecnologici negli ospedali, considerando che circa il 70% degli ospedali è stato costruito oltre trent'anni fa e il 15% addirittura ancor prima del secolo scorso, con differenze inaccettabili sulla dotazione di strutture delle diverse Regioni.
– riorganizzare gli ospedali in reti integrate per evitare duplicazioni e sprechi di risorse
– *riconvertire i piccoli ospedali.* La chiusura dei piccoli ospedali che non sono in grado di affrontare patologie acute di medio-alta complessità ha portato alla perdita di circa 100.000 posti letto pubblici in quasi 10 anni, alla diminuzione del numero di ospedali presenti sul territorio, spesso riconvertiti in strutture ambulatoriali.
– rafforzare la rete dell' emergenza-urgenza.

In tal modo all'ospedale dovrebbero essere riservati gli interventi di assistenza che realmente non possono essere risolti a livello territoriale. Il Pediatra di famiglia (sempre meglio informatizzato e sempre più collegato in rete con altri colleghi) assume un ruolo di protagonista nel percorso assistenziale e di pari dignità con il collega ospedaliero.

Tuttavia condizione indispensabile affinché il **riequilibrio ospedale-territorio** possa realizzarsi con efficacia ed efficienza è che si attui una vera integrazione e comunicazione tra le parti con condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici. In caso contrario non si parlerebbe di vera integrazione, ma si tratterebbe solo di alleggerire i servizi erogati dagli ospedali delocalizzandoli al distretto territoriale, con il rischio concreto di una duplicazione dei costi sul territorio o, quanto meno, di un impiego non ottimale delle risorse disponibili.

Nel panorama nazionale si registrano alcune esperienze positive di riorganizzazione delle cure primarie ed integrazione con l'ospedale. Ma purtroppo si tratta di iniziative sporadiche, a macchia di leopardo, che non riescono ad acquisire una diffusione significativa a livello nazionale.

Un problema che necessita di essere risolto quanto prima è quello dell'utilizzo inappropriato dei servizi sanitari da parte del cittadino e in particolare del Pronto Soccorso, dove, nell'ultimo decennio, gli accessi sono aumentati del 400%, con una percentuale di codici bianchi e verdi del 90% e questo nonostante la Pediatria di famiglia e la Medicina Generale abbiano adottato modalità di lavoro (associazionismo 8-20, pediatria di gruppo, pediatria in rete) sempre più orientate a risolvere tale fenomeno. Solo in alcune ASL, però, è stata organizzata una continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi. Il 19% degli accessi è seguito da un ricovero, che tra il 30 e il 50% dei casi viene classificato come non urgente, in altre parole, queste persone potrebbero essere adeguatamente assistite dal Medico di famiglia e dal Pediatra di Libera Scelta. Tutto ciò comporta un **assorbimento improprio di risorse** che potrebbero essere impiegate per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti e può essere espressione di una non totale adeguatezza delle risposte attualmente fornite sul territorio (limitata presenza giornaliera, ma soprattutto nei giorni prefestivi e festivi, del medico, lunghe liste di attesa nei servizi ambulatoriali, scarsità di tecnologie prontamente utilizzabili sul territorio). Peraltro il

Pronto Soccorso è a libero accesso e permette all'utenza di trovare una risposta "rapida" e "gratuita" ai propri problemi di salute.
Alla luce di tale scenario, il **rafforzamento della componente territoriale del S.S.N.** appare di assoluta importanza per incrementare il generale livello di efficienza ed adeguatezza del sistema, che deve essere in grado di intercettare e soddisfare sul territorio le esigenze socio-sanitarie dei pazienti.
Ma contemporaneamente occorre considerare che la Pediatria di famiglia, come è attualmente organizzata (tutto a tutti) non può riversare ulteriori energie sul servizio socio-sanitario. La popolazione pediatrica è in netto calo, compensata solo in parte dall'immigrazione. Dal milione di nati per anno degli anni '60 si è passati a meno di 600000 di oggi, con un tasso di natalità passato dal 18,4 al 9‰. Contemporaneamente si è avuto un netto aumento dello stato di salute dei bambini, per l'assitenza pediatrica universale, il benessere sociale, le vaccinazioni di massa e per terapie innovative. Ma in controtendenza a tale benessere è corrisposto un aumento della domanda di prestazioni da parte delle famiglie per i figli. In 20 anni gli accessi negli ambulatori del Pediatra di famiglia sono aumentati del 300%. Un pediatra al massimale ha circa 5500-6000 accessi per anno. Ma i numeri sono solo un aspetto del fenomeno in quanto la richiesta di cure è cambiata non solo quantitativamente ma soprattutto qualitativamente. A malattie sempre più banali corrisponde una tolleranza sempre minore da parte della famiglia e una minore capacità di gestire i problemi da parte sua. Il lavoro delle mamme, il progresso medico, il diffondersi delle nozioni mediche con i mass media e con i nuovi strumenti tecnologici (Internet), l'aumento delle risorse economiche, l'offerta di pediatri a tutti i bambini, l'accesso ai servizi senza alcun freno, completamente gratuiti e a totale discrezione dell'utente hanno abbassano la "soglia di tolleranza". Ciò ha indotto una nuova domanda di prestazioni in passato inesistente (frequenti visite di controllo, consulenze per problemi di puericultura, consulenze per problemi banali ecc.) facendo percepire eventi banali come inaccettabili con richiesta di soluzioni immediate. E' in tal modo che una patologia insignificante, che una volta si risolveva con i consigli delle nonne e con un po' di pazienza oggi determina accessi negli ambulatori dei Pdf e nei PS sino a ricoveri urgenti.
Alla luce del quadro delineato, la realizzazione di forme di **associazionismo** tra MMG, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, ecc. sembra essere una scelta obbligata al fine di soddisfare una tale massa di "domanda di assistenza" a livello locale e al fine di ottimizzare il proprio servizio alla comunità con una reale "integrazione in rete" tra i diversi operatori del sistema.
Da tempo si discute e ci si prefigge, anche nei successivi ACN per la pediatria di famiglia e per la Medicina Generica, di realizzare tale progetto, cercando di agevolare, attraverso strumenti incentivanti, l'evoluzione dell'organizzazione della medicina sul Territorio in forme di medicina di gruppo, fino a forme organizzative polivalenti: UCP (Unità di Cure primarie), NCP (Nuclei di Cure Primarie), UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria). In tali Unità la presenza continuativa di MMG, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e Medici della Continuità Assistenziale, rappresenta un punto di riferimento territoriale in grado di garantire un'offerta adeguata ai bisogni socio-sanitari dei cittadini al fine di assicurare una risposta qualificata medico-infermieristica e specialistica h 24, di svolgere un'efficace attività di prevenzione nei confronti di patologie a rischio e di eseguire un'attività di filtro per evitare gli accessi impropri in Ospedale.
Previste dalla Conferenza Stato Regioni il 29 luglio 2004, le UTAP sono definite come: "strutture che, attraverso l'operato in gruppo di varie figure mediche convenzionate consentono di erogare una serie di cure primarie ininterrottamente, corresponsabilizzando tutti i soggetti coinvolti circa la spesa all'interno di una quantità di risorse programmate, sottoponendosi a verifica su indicatori di quantità e qualità. Compito dei nuovi modelli organizzativi sarà anche quello di farsi carico della cura della cronicità, riservando all'ospedale la gestione dell'acuto. Il cronico può essere curato meglio e a minor costo nella struttura ambulatoriale vicino casa". Le UTAP dovrebbero di fatto garantire un'assistenza sul territorio capace di ridurre l'uso del pronto intervento (118 e Pronto Soccorso) da parte dei "codici bianchi".
Tale modello organizzativo dovrebbe essere multifunzionale, nel senso che uno stesso medico nell'arco di una giornata ripartisce il proprio tempo svolgendo più attività: l'ambulatorio tradizionale, la specializzazione (sempre nell'ambito della pediatria e delle Medicina Generale) e la guardia medica. Ciò consentirebbe il recupero e la valorizzazione all'interno di tali strutture del lavoro dei medici di guardia medica, il cui contributo risulterebbe di grande utilità per il funzionamento dell'intero sistema.
Il Pediatra e il MMG devono essere in grado, in caso di emergenza sanitaria, di intervenire personalmente per affrontare la patologia in atto, in attesa dell'arrivo del personale qualificato al soccorso avanzato. Ciò diventa fondamentale in aree disagiate (isole o comunità montane), ove la distanza dai presidi ospedalieri o dai mezzi di soccorso non permetta un intervento adeguato, nei tempi previsti dalla normativa (20' minuti nell'area extraurbana) mettendo in pericolo la sopravvivenza del paziente.
In definitiva nell'ambito del riequilibrio ospedale-territorio l'obiettivo è quello di un'ottimale presa in carico del paziente, che rende necessario un "gioco di squadra" sinergico tra i diversi attori del sistema.
Tuttavia, ad oggi, fatte salve alcune esperienze di successo a livello locale (iniziative sperimentali sono state avviate in Toscana, Emilia Romagna e Veneto), la realizzazione di tale progetto continua a rappresentare l'eccezione piuttosto che la regola e ciò per due ordini di fattori ostativi:

- **problematiche di ordine culturale**: il Pediatra e il MMG sono stati abituati a lavorare da soli, non all'interno di un team strutturato.
- **problematiche di ordine ambientale**: legate al costo per gli ambulatori, per le attrezzature e strumentazioni, per il personale infermieristico e di supporto, per gli incentivi monetari ad un associazionismo complesso ed evoluto ecc.

Per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio, le strutture complesse ospedaliere dovrebbero riservare spazi di comunicazione tra MMG, Pdf e medici ospedalieri fissando fasce orarie di disponibilità per colloqui telefonici o diretti. Ogni struttura complessa dovrebbe essere fornita dei numeri telefonici, degli orari di ambulatorio e della e-mail di tutti i Pdf e MMG. Questi ultimi, a loro volta vengono forniti di una carta dei Servizi con gli orari dei servizi ambulatoriali, numeri telefonici, modalità di accesso o prenotazione, aggiornando periodicamente l'informazione. Dovrebbero essere previsti spazi e modi per l'accesso del MMG e PLS ai luoghi di ricovero mediante apposito tesserino di identificazione anche ai

fini di evitare dimissioni improprie. Ovviamente tale rapporto sarebbe ulteriormente semplificato una volta realizzate le forme integrative complesse nel territorio.
Al Pronto Soccorso dovrebbero essere inviati solo i pazienti con una specifica e motivata richiesta di valutazione, limitando le richieste urgenti ai casi di reale necessità.
I Medici ospedalieri e i medici specialisti ambulatoriali, effettuata la visita specialistica richiesta, dovrebbero prescrivere direttamente su ricettario regionale le richieste di indagini laboratoristiche e/o strumentali , ritenute necessarie per dare una risposta al quesito diagnostico. Una volta completato l'iter diagnostico dovrebbero comunicare al Pdf la diagnosi formulata e le relative proposte terapeutiche. I referti dovrebbero, se redatti a mano, essere compilati in modo chiaro e leggibile, con firma accompagnata dal timbro da cui risulti nome, cognome e codice di iscrizione all'Ordine del medico.
All'atto della dimissione o alla fine della visita specialistica o di Pronto Soccorso, in caso di terapia farmacologica, il paziente dovrebbe ricevere consegna dei farmaci di classe A da parte della farmacia ospedaliera, sufficienti per la terapia dei primi 4-5 giorni, oppure la prescrizione su ricettario ASL in caso di dimissione in giorni festivi, specificando la posologia, la durata della terapia e informando il paziente della eventuale presenza di farmaci di fascia C. Ciò eviterebbe un ritardo nell'effettuazione della terapia, un carico sul budget del Medico curante con "tracciabilità prescrittiva" e assunzione di responsabilità da parte del primo prescrittore oltre a comportare un risparmio quando il farmaco sia erogato dalla farmacia ospedaliera.
In caso di ricovero, il Pdf dovrebbe inviare il paziente con una proposta dettagliata di ricovero allegando una "scheda di accesso" su cui è contenuta l'anamnesi e il piano terapeutico in corso. Nell'impossibilità a farlo al momento del ricovero dovrebbe farlo successivamente in tempi brevi. La mancanza di una adeguata scheda di accesso comporta spesso una duplicazione di accertamenti già eseguiti, con allungamento dei tempi di degenza e spreco di risorse finanziarie con conseguente disagio del paziente. In caso di ricovero urgente, tramite Pronto Soccorso, il Pdf dovrebbe essere informato dell'avvenuto ricovero del paziente tramite la Direzione sanitaria del Presidio, con l'invito ad inviare quanto prima la "scheda di accesso" con eventuali notizie utili ai colleghi ospedalieri nella gestione del caso. La dimissione dovrebbe essere effettuata redigendo una scheda esaustiva e dettagliata con le conclusioni diagnostiche, gli esiti degli esami significativi, l'eventuale terapia farmacologica e indicazioni per l'eventuale follow-up.
Se il paziente viene dimesso con una lettera di dimissione non contenente tutte le informazioni utili al PdF, ciò comporta la richiesta della copia della cartella da parte del genitore con perdita di tempo e costi.
Il futuro sarà quello di applicare le potenzialità tecnologiche a supporto del sistema in due diverse direzioni:

- utilizzo delle **tecnologie digitali** per la gestione dei dati, per la comunicazione tra gli attori del sistema (adeguato sistema informativo, telemedicina, ecc.) e per la rilevazione dei bisogni socio-sanitari della popolazione;
- utilizzo di sempre **più moderne apparecchiature diagnostiche e di intervento**.

L'applicazione delle **tecnologie digitali** a supporto del S.S.N. rappresenta una pre-condizione fondamentale al funzionamento del sistema. L'organizzazione di una efficiente connessione in rete è indispensabile per un'ottimale integrazione ospedale-territorio, per aggregare i vari attori del sistema sociosanitario pubblico e privato intorno ai molteplici bisogni del bambino. Solo in tal modo si potrà superare la frammentazione delle prestazioni e il non coordinamento delle risorse esistenti, il che è premessa indispensabile per spendere al meglio le risorse finanziarie disponibili per il sistema sanitario e per salvaguardare e curare al meglio quell'essere in via di sviluppo che è il bambino.
Oramai tutti i PdF e i MMG sono informatizzati. E' auspicabile che in un futuro (speriamo prossimo) con l'informatizzazione dei medici dei distretti e dell'ospedalità pubblica e privata si riescano a realizzare diverse opportunità:

- assunzione di responsabilità del proponente il ricovero (MMG, PdF, specialista del distretto, Medico dell'ospedalità pubblica e privata) mediante "tracciabilità" di ogni proposta;
- invio di informazioni sul paziente, congrue al ricovero da parte del PdF e del MMG;
- possibilità da parte del Medico ospedaliero di accedere alla cartella clinica informatizzata del paziente su schedario del Pediatra di famiglia e del Medico Generico;
- contatti in rete durante il ricovero tra il Pediatra Ospedaliero e il PdF con invio degli esiti degli esami effettuati e anche di immagini degli esami strumentali (Rx, Tac, RMN, ecografie ecc.);
- invio tramite allegato della scheda di dimissione che può essere così esaminata dal PdF e allegata alla scheda del paziente prima ancora che questi acceda all'ambulatorio dopo il ricovero o la visita ambulatoriale;
- invio della cartella clinica computerizzata;
- organizzazione di database interrogabili da parte dei distretti e delle ASL tramite flussi informativi omogenei che permetterebbe da un lato di rilevare i bisogni socio-sanitari della popolazione al fine di decidere l'erogazione dei servizi e l'allocazione ottimale dei fondi e dall'altro di valutare l'appropriatezza complessiva del sistema tramite l'analisi delle attività svolte (ad esempio: prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare, assistenza primaria, ecc.) e dei loro risultati. La mancanza di tali dati rappresenta oggi uno dei principali fattori ostativi all'efficienza del sistema.

Per quanto riguarda l'utilizzo di sempre più moderne apparecchiature diagnostiche e di intervento il rapporto costo-benefici impone l'opportunità di accentrare i servizi favorendo lo sviluppo di centri di eccellenza in grado di soddisfare i bisogni assistenziali in tempi ragionevoli evitando nel contempo situazioni di sottoutilizzazione.
Un'interazione particolarmente stretta è indispensabile tra neonatolo e pediatra di famiglia già nella dimissione del neonato sano, ma in particolare nella gestione di quello pretermine e/o patologico.
Il pediatra di famiglia dovrebbe essere scelto già durante la degenza o almeno subito dopo per realizzare una dimissione protetta. E in realtà negli ultimi anni è ormai prassi comune la visita al neonato da parte del pediatra di famiglia già entro la prima settimana di vita. Da diversi anni anche in Campania è in uso il libretto pediatrico regionale che rappresenta uno dei modi con cui il neonatologo comunica con il pediatra di famiglia. La scheda di dimissione neonatologica è dettagliata e permette di trasmetterci tutto quanto può essere utile a realizzare la continuità assistenziale del neonato.
Ma una stretta interazione tra il centro TIN e il pediatra di famiglia è fondamentale per una gestione ottimale del neonato pretermine e/o patologico. Il Pediatra di famiglia dovrebbe essere tenuto al corrente dei progressi del neonato nel reparto di terapia intensiva. Il trattamento successivo alla dimissione, poi, dovrebbe essere condotto di comune accordo tra neonatologo e pediatra di famiglia.

Il centro TIN dovrebbe fornire al pediatra di famiglia una completa informazione sugli interventi effettuati durante il ricovero, sulla diagnosi di dimissione e sul programma di follow-up previsto. Il pediatra di famiglia, a sua volta, deve essere pronto e predisposto a recepire e ad affrontare i numerosi problemi che pongono questi bambini difficili da gestire e spesso poco gratificanti. Ciò soprattutto se si considera il ruolo centrale che egli deve assolvere dopo la dimissione nel coordinare e nel richiedere, al momento opportuno, l'intervento di tutte quelle figure professionali che possono essere utili nella gestione di questi bambini (neonatologo, fisiatra, neuropsichiatra, otorino, oculista, ortopedico, neurologo, cardiologo ecc.).

La sopravvivenza, grazie ai progressi della neonatologia e delle nuove tecnologie ad essa applicate, di neonati di età gestazionale e di peso sempre più bassi, richiede una formazione specifica da parte del pediatra di famiglia. Infatti la qualità dell'assistenza erogata nei primi periodi della vita a questi bambini può essere determinante per il loro successivo stato di salute.

Bibliografia

1. Di Mauro G., Fattore S., La Bella I., Mariniello L., Tambaro P. Il Bambino Conteso……..Condiviso Terza Giornata Matesina, 30 Maggio 1996 Piedimonte Matese (CE)
2. Calia V. L'assistenza pediatrica in Italia, Medico e Bambino Anno XVII n. 4 Apr. 1998, 35-41 Edifarm
3. Di Mauro G., Mariniello L., Fattore S. Rapporti tra Pediatra di famiglia e Strutture ospedaliere – Atti degli Incontri Pediatrici Normanni Aversa (CE) 27-29 Novembre 1998 p. 265-267
4. Marinello R. Il territorio e l'ospedale nell'assistenza pediatrica, Doctor Pediatria Anno 11 n. 7 Ott. 1996, 31-39 Ariete Salute Editore
5. Acerbi L., Alcaro P., Bartolozzi G. e al Servizi sanitari per l'età evolutiva, le proposte dell'ACP per un utilizzo ottimale delle risorse del SSN, Medico e Bambino Anno XVII n. 9 Nov. 1998, 44-59 Edifarm
6. Di Mauro G., Fattore S., Liguori R., Mariniello L. Convegno Regionale FIMP – Organizzazione pediatrica sul territorio – Salerno 13 Marzo 1999
7. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
8. Il progetto obiettivo materno-infantile, Il sole 24 ore Sanità 15-21 Giugno 1999, pag. 1-5
9. Le norme coordinate per il funzionamento dell'assistenza sanitaria, Il sole 24 ore Sanità 7-13 Settembre 1999, pag. 1-9
10. Di Mauro G., Mariniello L. Pediatria di Gruppo ed Associazionismo in pediatria, esigenze del SSN e nuovo contratto – III Convegno Nazionale della Pediatria di Gruppo – 13 Maggio 2000 Pozzuoli (NA)
11. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, Supplemento N° 165/L della Gazzetta Ufficiale N° 230 del 2 Ottobre 2000
12. Tancredi F. Messaggio ai soci della Società Italiana di Pediatria , Area Pediatrica Anno 1 n. 5 Ottobre 2000, Masson Editore
13. Linee guida Piano Sanitario Regionale per il territorio – Fimp Campania 1998-2000
14. Di Mauro G., Liguori R., Mariniello L. Il Pediatra di famiglia del 2000. Il Medico Pediatra Vol. IX N° 1 Febbraio 2000, pag. 24-26 – Pacini Editore
15. Di Mauro G., Mariniello L. Progetti di integrazione ospedale-territorio: cultura pediatrica e urgenza sanitaria oggi Atti 5° Convegno Il pediatra, il neonatologo e l'infermiere professionale in terapia intensiva 5-9 luglio 2000

UN SINDACATO PER I PEDIATRI OSPEDALIERI

Carlo Cioffi*, Lucia Ponticiello °, Salvatore Vendemmia^

**U.O.C. Pediatria E Neonatologia -P.O.San G.Moscati- Aversa ASL CE*
Revisore dei Conti - Societa' Italiana di Pediatria Ospedaliera
° Facoltà di Medicina e Chirurgia Seconda Universita' di Napoli
^ Presidente Societa' Italiana di Pediatria Ospedaliera

Premessa

Nell'attuale congiuntura politica ed economica nella quale il problema della spesa sanitaria rappresenta una fonte di grave preoccupazione per i bilanci regionali con l'approvazione di drastici *Piani di Rientro*, le problematiche che attanagliano le unità operative di pediatria ed in particolare il lavoro del pediatra ospedaliero difficilmente avranno risposte adeguate dagli organi istituzionali preposti in tempi brevi .
Infatti,specie negli ultimi mesi si è assistito a:

- ⇨ drastica riduzione dei posti letto ;
- ⇨ chiusura ,accorpamento e/o riconversione dei piccoli ospedali ;
- ⇨ mancato turnover del personale con relativo blocco delle assunzioni e congelamento delle retribuzioni;
- ⇨ ulteriore spostamento del baricentro di risorse economiche verso l'assistenza territoriale,da indirizzare ,verosimilmente al sostegno delle patologie croniche e delle disabilità .

In questo contesto la pediatria ospedaliera è tra le specialità maggiormente a rischio di un ridimensionamento non solo sul piano quantitativo ma anche su quello qualitativo.

Analisi delle principali criticità emergenti

L'attuale modello assistenziale pediatrico ,basato sulla doppia offerta di specialisti (pediatra di famiglia e pediatra ospedaliero) costituisce una realtà particolare nel panorama sanitario italiano in quanto da un lato vi è uno specifico sistema assistenziale in regime di convenzione (Pediatria di Famiglia) e dall'altro un sistema assistenziale con personale in regime di dipendenza(Pediatra Ospedaliero) con differenti problematiche economico-normative e contrattuali.
Tale modello rischia di andare in crisi nei prossimi anni ,non solo per la carenza di specialisti in pediatria ma maggiormente perché ci sarà una difficoltà a garantire in maniera efficace ed efficiente l'integrazione tra le due componenti , soprattutto ,relativamente all' allocazione delle risorse di tipo economico.
Infatti , con gli anni senza adeguate soluzioni si stanno acuendo alcune criticità , quali:

- ⇨ l'aumento dei carichi di lavoro per i pediatri ospedalieri ,specie per carenza di personale ;
- ⇨ la limitata continuità assistenziale festiva e notturna in diverse Regioni;
- ⇨ la difficoltà a garantire il turnover di pediatri ospedalieri che vanno in pensione o che preferiscono trasferirsi sul territorio attratti da migliori condizioni economiche e di lavoro;
- ⇨ la difficoltà a garantire un adeguato ammodernamento delle strutture ospedaliere sul piano tecnologico ,
- ⇨ l'invadenza di una cultura aziendalistica che sempre in maggior misura limita spazi clinici e valori professionali.

Con queste brevi premesse appare del tutto evidente come sia necessario adottare in tempi brevi,provvedimenti per la riorganizzazione delle cure pediatriche.
Tuttavia,tale riorganizzazione ,non potrà e non dovrà essere demandata solo esclusivamente alle decisioni delle Istituzioni di concerto con le Società scientifiche del settore ma ,al contrario vi dovrà essere una indispensabile integrazione sinergica tra questi soggetti e le associazioni sindacali di categoria .
Nello specifico,c'è da ricordare che la Società Italiana di Pediatria Ospedaliera(SIPO) , che per statuto,è una società scientifica e non può pertanto rappresentare i bisogni di carattere sindacale dei pediatri ospedalieri, ha spinto alla creazione di un sindacato dei pediatri ospedalieri.
Ciò,al fine di vedere evidenziate , a livello sindacale, le problematiche professionali tipiche della categoria ,ingabbiata in un contratto collettivo.
E' nata da queste semplici considerazioni l'esigenza di costituire,parallelamente alla SIPO,il 10 novembre 2010 a Roma l'Associazione Pediatri Ospedalieri (AS.P.O.I.) .
Un'associazione sindacale , che confluendo successivamente come entità giuridica in una sigla sindacale a carattere nazionale più importante,la C.I.M.O ,ha diritto di rappresentatività.
In altre parole, l'obiettivo è stato quello di creare in tempi rapidi uno strumento sindacale autonomo che in sinergia con un sindacato firmatario del contratto nazionale possa portare avanti le rivendicazioni dei pediatri ospedalieri.
Gli obiettivi saranno sicuramente raggiunti se verranno utilizzati in maniera congiunta le rispettive competenze della Società Scientifica(SIPO) detentrice di cultura e di competenze scientifiche , e dell'Associazione Sindacale (AS.P.O.I.) capace di attività organizzativa e di interlocuzione politico-governativa.

Conclusioni

L'AS. P.O.I. è sorta,soprattutto ,perché .

- ⇨ la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica dovrà essere concertata avendo come interlocutori anche il sindacato dei pediatri ospedalieri e non solo i sindacati dei pediatri di famiglia;
- ⇨ le iniziative volte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni pediatriche ospedaliere nelle strutture sanitarie pubbliche e private dovranno essere prioritarie,soprattutto sostenendo un'adeguata formazione professionale dei propri iscritti.

Le finalità dell'Associazione sono quelle di promuovere ogni iniziativa ed azione sindacale idonea a valorizzare ed a tutelare la professionalità di tutti i pediatri che operano nelle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ed universitarie.
Lo scenario è complesso ed evidenzia la necessità di una nuova fase di programmazione legata a dinamiche istituzionali ed economiche che dovranno necessariamente trovare il giusto equilibrio tra la scure dei piani di rientro e la fase attuativa del federalismo fiscale (costi standard,fabbisogni sanitari e regioni benchmark) con un trend della spesa sanitaria in costante crescita .
Si tratterà di scelte decisive per le istituzioni coinvolte (Regioni,Aziende Sanitarie e gli altri Enti Locali) che dovranno tenere in debito conto delle proposte dei Sindacati di categoria.

REPARTI DI PEDIATRIA CON PUNTO NASCITA

Ippolito Pierucci, Gustavo Mion

Ospedale Dell'immacolata
U. O. Pediatria - Neonatologia E Nido, Sapri

Il piano di riordino della rete ospedaliera presentato dal Ministero della Salute, varato in accordo con le Regioni, (16/12/2010) prevede la progressiva razionalizzazione e riduzione dei centri nascita, la chiusura dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti all'anno e l'accorpamento di quelli che effettuano tra 500 e 1000 parti all'anno. Questo sta portando alla chiusura anche delle piccole pediatrie che svolgono attività di supporto ai punti nascita. Alcune eccezioni potranno essere consentite in base a motivate valutazioni legate alle particolari caratteristiche "geomorfologiche" del territorio, quando la chiusura del reparto di Pediatria non consenta una sufficiente tempestività della assistenza sanitaria. Gli scopi di questo progetto sarebbero quelli di ridurre della spesa sanitaria, e contemporaneamente migliorare la qualità dell'assistenza, migliorare l' appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita, ridurre i tagli cesarei, migliorare l'organizzazione del lavoro, (pediatri, e i ginecologi, cominciano a scarseggiare e fra pochi anni la situazione peggiorerà ulteriormente).

Nel 2007 circa il 9% dei parti sono avvenuti in punti nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno.

Questi punti nascita (con meno di 500 parti/anno) si trovano per la maggior parte nelle regioni meridionali, si tratta di oltre la metà delle maternità di Calabria , Sicilia, Sardegna, Basilicata. In Campania sono 22 su 72, mentre in Lombardia sono solo 8 su 75. Però anche al nord ci sono regioni che hanno diversi punti nascita con meno di 500 p./anno: la provincia autonoma di Bolzano ne ha 3 su 7 , quella di Trento addirittura 4 su 7.

Ma qual è attualmente la situazione delle pediatrie di piccole dimensioni in Italia? Il numero è piuttosto elevato. Il 29% delle U.O. di Pediatria dispone di meno di 10 posti letto, il 40% tra 10 e 15, il 28% tra 16 e 30, solo il 2% oltre i 30 p.l. Dal sito web della SIP si rileva che su 407 U.O. di pediatria, 198 svolgevano esclusivamente funzioni assistenziali di Pediatria, le altre 207 svolgevano sia funzioni di Pediatria che di Neonatologia. Se si analizzano gli organici si vede che circa il 46% delle U.O. di Pediatria più Nido hanno un organico di Medici inferiore alle 6 unità, è facile immaginare le difficoltà per i pediatri che devono garantire, assistenza in reparto , in sala parto, prestazioni di pronto soccorso. Per la carenza di organico circa il 20% dei reparti di Pediatria (censimento SIP) non riesce a garantire la guardia attiva su 24 ore.

Ma quali sono le attività assistenziali che si possono svolgere in questi piccoli reparti di Pediatria, spesso situati in zone periferiche, lontani dai grandi centri urbani. Descriviamo la struttura l'organizzazione, le attività che si svolgono nel nostro piccolo reparto di Pediatria con annesso Nido dell'Ospedale dell'Immacolata di Sapri. Gli organici sono costituiti da 5 medici, oltre al direttore, che riescono a garantire turni di guardia attiva su 24 ore. Il reparto ha 6 posti letto per degenza ordinaria, più due per ricoveri in Day-Hospital. C'è una sala giochi, una cucina, una medicheria, una stanza adibita ad ambulatorio, una stanza per i medici, una per la caposala, una per il primario. C'è un nido con 10 culle in cui si effettua l'assistenza di primo livello a neonati di più di 34 settimane di e.g. Annessa al Nido c'è una sala per le visite e una stanza per l'allattamento. A tutti i neonati al momento della nascita si esegue prelievo (placentare) per esami di laboratorio, emogasanalisi dall'arteria ombelicale (placenta) e un tampone auricolare.

In seguito viene eseguito lo scrinaggio uditivo, gli scrinaggi metabolici, e a tutti i neonati viene prenotato un ECG a un mese dalla nascita. La media dei parti degli ultimi 5 anni è di 336 all'anno, (19% provenienti da fuori regione). Nel 2010 su 309 parti , i cesarei sono stati 121 (39%), in linea con la media nazionale (39,19%) molto inferiore alla media della regione Campania (62%!).

La media dei ricoveri programmati e urgenti è stata di 532 ric./anno negli ultimi 5 anni, di questi circa il 21% proveniente da fuori regione. Per quanto riguarda i ricoveri in day-hospital negli ultimi 5 anni sono stati in media 234 l'anno (17% provenienti da fuori regione). I mesi in cui c'è un maggior numero di ricoveri sono marzo (più 20%) e agosto (più 30%). Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale e di pronto soccorso la media degli ultimi cinque anni è stata di2753 visite/anno. Di queste 2326 sono consulenze di pronto soccorso, 427 sono visite ambulatoriali. C'è da rilevare che le visite di pronto soccorso registrano un incremento notevolissimo durante il periodo estivo: raddoppiano, rispetto alla media degli altri mesi, a luglio, quadruplicano e oltre ad agosto (in questo mese c'è anche un aumento dei ricoveri però solo del 30%).

Anche i reparti di piccole dimensioni, come il nostro, possono rispondere con qualità e professionalità alle esigenze e ai bisogni della popolazione, se ci sono professionisti preparati che si aggiornano, magari frequentando ospedali di livello superiore. Anche per quanto riguarda il punto nascita, la sicurezza è legata, oltre che alla preparazione di ginecologo e del neonatologo, anche alla capacità di selezionare i casi più a rischio e inviarli ai centri di terzo livello.

IL TRASPORTO NEONATALE E PEDIATRICO

Vincenzo Tota

UOC Ospedale di Corato

Per trasporto avanzato neonatale si intende il trasporto di un neonato critico effettuato in emergenza/urgenza con l'assistenza di una equipe medico-infermieristica esperta avente in dotazione apparecchiature dedicate, nell'ambito di un sistema organizzato.

Ove la necessità di cure e l'identificazione del centro idoneo sia prevedibile, deve essere privilegiata in ogni modo l'attività di trasporto in utero, inviando la madre al punto nascita adeguato alle necessità del nascituro.

PREVISIONE DEL RISCHIO: Fattori antepartum e Fattori intrapartum

30% di patologie gravi(quali complicazioni funicolari in travaglio) non sono prevedibili

1-2% dei nati può necessitare di cure intensive in modo non prevedibile.

STEN attivabile a richiesta
Certezza di fondi regionali stanziati
Identificazione degli ospedali periferici che fanno capo ad uno specifico STEN (10000 nati anno)

"STAY AND PLAY" : indispensabile la stabilizzazione del neonato prima del trasporto: aggiornamento periodico a cura del personale UTIN ricevente a tutto il personale dei centri periferici con:
corsi specifici
acquisto di strumenti e materiali
sopralluoghi.

A tutt'oggi in Italia non esiste un Registro del sistema di Trasporto Neonatale.
Solo di recente è stata proposta una cartella informatica che potrà essere adottata dai singoli centri.
Indicatori di efficacia e di esito dedicati al trasporto neonatale proposti:
MINT: mortality index for neonatal trasportation score
TRIPS: transport risk index of physiologic stability

Nel 1990 il CIPE assegnava a 7 Regioni un finanziamento finalizzato alla attivazione dello STEN
Il DPR 14-01-1997 n37 ribadiva la necessità della attivazione dello STEN
Il progetto Obiettivo materno infantile 1998-2000 dava precise indicazioni sul percorso nascita e sullo Sten
Il Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005 poneva tra gli obiettivi strategici l' attivazione in ogni regione dello Sten
L' attuale governo ha posto l'attivazione dello Sten tra gli interventi primari in ambito materno-infantile
L'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sul" Trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza" presentata il 19/04/2011 ribadisce che: "la mancata organizzazione del trasporto del neonato in emergenza in molte Regioni italiane, costituisce uno dei fattori critici della assistenza neonatale in Italia"

SI PREVEDE CHE LA COPERTURA NAZIONALE SARA' COMPLETATA PER L'ANNO 2035

L'INTESA SIPO - A.GE. PER LA PROMOZIONE DELL'UMANIZZAZIONE DEL RICOVERO PER PATOLOGIE ACUTE NEI REPARTI DI PEDIATRIA

Luciano Pinto - ***Commissione Nazionale per il Progetto Andrea***

L'esperienza del ricovero ospedaliero può causare un significativo trauma psicologico nel bambino e disagi nei suoi genitori, per l'intervento di fattori quali le problematiche della malattia, le difficoltà relazionali con il personale sanitario, le interferenze con le abitudini quotidiane, la brusca interruzione dei naturali ritmi di vita, i bassi livelli di comfort alberghiero

Per ridurre questo trauma, in diversi reparti di pediatria sono state introdotte modifiche nelle procedure tecniche, nei processi assistenziali e nel comportamento del personale e si è intervenuti sugli spazi rimodellandoli in rapporto alle esigenze del bambino e della sua famiglia.

Tale cambiamento si è realizzato in particolare nei reparti dedicati all'assistenza dei bambini lungodegenti e/o con malattie croniche o terminali, dove, grazie anche al sostegno di associazioni di volontariato costituite prevalentemente da genitori, sono stati realizzati programmi di umanizzazione molto avanzati

Per i ricoveri ordinari per patologie acute vi è invece una attenzione significativamente minore, nonostante la frequenza elevata, e l'ampia documentazione dei disagi emotivi e relazionali che derivano al bambino ad ai suoi genitori anche da queste esperienze di ospedalizzazione.

La natura di questo ricovero, caratterizzato da una molteplicità di patologie e da una limitata durata della degenza, non favorisce la costituzione di associazioni locali di genitori, la cui azione potrebbe risultare determinante per una più decisa promozione della umanizzazione.

La Società Italiana di Pediatria Ospedaliera, SIPO, e l' A.Ge. - Associazione Genitori Italiani, il 7 giugno 2011 hanno stipulato un accordo per promuovere in ogni regione un rapporto di collaborazione fra le Unità Operative di Pediatria prevalentemente dedicate all'assistenza del bambino con patologie acute, e le Associazioni Locali dell'A.Ge. attive nel territorio, al fine di operare congiuntamente per migliorare il livello di umanizzazione dei reparti e la qualità dell'assistenza erogata, applicando i principi del "Progetto Andrea".

Tale progetto, avviato nel 1995 nella Divisione di Pediatria dell'Ospedale di Latina, ha come obiettivo la riduzione del trauma dell'ospedalizzazione nel bambino e nei suoi genitori durante il ricovero ordinario di breve durata per patologie acute in pediatria, migliorando l'accoglienza in reparto del bambino e dei suoi genitori, elevando il comfort alberghiero, modificando le procedure assistenziali.

La collaborazione interesserà la progettazione e la gestione degli aspetti non strettamente tecnici dell'assistenza pediatrica e neonatale delle U.O. coinvolte, che verranno concertati nel corso di riunioni periodiche fra gli Operatori del Reparto (Direttore, Dirigenti Medici, Infermieri), il volontariato (Associazione Italiana Genitori e le altre associazioni di genitori), ed il Mondo della Scuola (comitati locali di genitori e/o docenti), tenendo conto dei giudizi espressi all'atto della dimissione dai genitori dei bambini ricoverati, come previsto dal Progetto Andrea, anche al fine di raggiungere gli standard di accreditamento previsti dall'accordo SIP-ABIO.

L'A.Ge. Locale rappresenterà presso l'Amministrazione Ospedaliera le esigenze espresse dai genitori dei bambini ricoverati e dagli eventuali comitati di genitori/docenti preesistenti presso il Reparto di Pediatria, in supporto alle azioni del Direttore dell' U.O. di Pediatria.

In ogni Regione verranno promosse incontri fra il mondo ospedaliero pediatrico e le Sezioni Locali dell'AGe per promuovere l'iniziativa ed illustrare il Progetto Andrea, ed analizzare lo stato di avanzamento del progetto, i risultati ottenuti e le difficoltà incontrate anche al fine di elaborare e sostenere congiuntamente schemi di provvedimenti legislativi regionali volti a migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera pediatrica.

E' stata costituita una Commissione Nazionale per il Progetto Andrea, costituita da 6 componenti (3 per sodalizio), con il mandato di seguire la realizzazione del Progetto, attuare la raccolta dei dati, e presentare alla SIPO ed all'A.Ge. rapporti periodici sull'andamento del progetto, corredati da valutazioni e proposte di miglioramento.

L'UMANIZZAZIONE DEL RICOVERO IN AMBITO PEDIATRICO
THE HUMANIZATION OF HOSPITALIZATION IN CHILDREN

Germana Longo°, Luigi Memo*

° *Medico in formazione, Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Padova*
* *U.O. di Pediatria, Ospedale "San Martino", Belluno*

Autore di riferimento: Luigi Memo
U.O. Pediatra – Ospedale "San Martino" – viale Europa 22, 32100 Belluno
Tel: 0437-516231; fax: 0437-516231; e-mail: luigi.memo@ulss.belluno.it

Riassunto: Il processo di umanizzazione del ricovero in reparti di pediatria ha come obiettivo da un lato rendere il più fisiologico possibile l'immediato periodo post-natale e dall'altro creare un ambiente familiare in modo da ridurre nei bambini il trauma psicologico legato al ricovero. A tal scopo coinvolge direttamente i bambini, i loro familiari, tutto il personale sanitario e non che lavora nell'unità operativa e prevede una riorganizzazione degli spazi del reparto in modo da renderlo a misura di bambino. Fondamentali in tal senso progetti nazionali di umanizzazione quali: "Ospedale amico dei bambini" e "Ospedale all'altezza dei bambini".

Abstract: The humanization of the pediatric admission can make the more physiological the immediate postnatal period and can create a family environment in order to reduce the psychological trauma in children linked to the hospital. This project involves the children, their families, all health care staff and provides for a reorganization of the department space to make it suitable for children. Fundamental in this sense some national projects as: "Baby Friendly Hospital" and "Hospital suitable for children".

Parole chiave: colore, gioco, scuola, genitori

Key-words: color, play, school, parents

INTRODUZIONE
L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il concetto di salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Se lo scopo di un medico è migliorare la salute delle persone, la sua attenzione dovrebbe essere rivolta quindi, non esclusivamente al singolo problema clinico, sia esso acuto o cronico, ma al paziente che soffre di tale problema nella sua globalità. La malattia determina infatti una condizione di profonda crisi non solo a livello biologico ma anche a livello esistenziale perché interrompe l'abituale ritmo di vita, altera il rapporto con gli altri, disorienta l'identità. E' inoltre noto come il vissuto della malattia influisca sull'approccio del paziente alla malattia e sull'evoluzione della stessa. Tali concetti sono applicabili indipendentemente dall'età del paziente e sono sicuramente di primaria importanza in età pediatrica. Per un bambino, infatti, l'ospedalizzazione può essere un'esperienza molto difficile e comportare un trauma psicologico, a prescindere dalla causa che l'abbia determinata. Da ciò si evince il peso che iniziative rivolte all'umanizzazione del ricovero in reparti pediatrici hanno al fine di migliorare la qualità di vita dei bambini costretti a ricoveri ospedalieri.

Nel corso degli ultimi cinquant'anni le modalità di ricovero in ambito neonatale sono notevolmente cambiate. L'ospedalizzazione dell'evento nascita aveva inizialmente comportato la separazione tra madre e neonato: era infatti comunemente ritenuto che fosse meglio per madre e figlio venir ricoverati in ambienti diversi permettendo il contatto solo nella fase dell'allattamento. In tal modo si credeva di tutelare la salute del neonato permettendo al tempo stesso alla madre di riposarsi. Recentemente si è assistito al fiorire di studi scientifici che hanno dimostrato l'importanza del coinvolgimento dei genitori nell'approccio al neonato sano fin dai primi minuti di vita e durante tutto il periodo di degenza al Nido. In particolare è emersa l'importanza di considerare madre e figlio come una coppia indivisibile (matern-infant dyad) ed è stato sottolineato il ruolo benefico fondamentale del contatto precoce madre-figlio (skin-to-skin), dell'allattamento al seno, del rooming-in, del "nido aperto" e della dimissione protetta. Tra le iniziative mirate a promuovere e sostenere tali pratiche va ricordata la Campagna promossa nel 1991 da OMS/UNICEF (tab. 1) che ha come scopo promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno: un ospedale è definito "Amico dei bambini" quando all'interno dell'Unità Materno-Infantile sono applicati in modo adeguato i dieci punti previsti dalla campagna. In ambito neonatale l'umanizzazione del ricovero mira pertanto a rendere il più possibile fisiologico il ricovero del neonato sano nei primi giorni di vita ed a favorire e sostenere il legame genitori-bambino.
Anche l'ospedalizzazione del bambino e adolescente ha subito considerevoli cambiamenti dalla metà del secolo scorso. Negli anni cinquanta i piccoli pazienti venivano, infatti, ricoverati in stanze di grandi dimensioni e capienza, suddivisi in base alla patologia presentata e senza alcuna possibilità d'isolamento in caso di malattia infettiva. Non era allora prevista l'assistenza di un genitore, salvo in caso di madri nutrici, e vi erano orari di visita limitati e rigorosi. Anche lo spazio dedicato al colloquio tra medico e genitore era breve e scandito da orari rigidi. L'attenzione del medico era rivolta esclusivamente alla patologia e tutto ciò che andava oltre la cura della malattia era considerato inutile, superfluo e addirittura nocivo poiché elemento di distrazione. Nel corso degli anni la situazione dei reparti di pediatria è gradualmente ma progressivamente cambiata sia da un punto di vista logistico che umano: sono state ridotte le dimensioni delle stanze e creati degli ambienti dedicati in caso di necessità d'isolamento, i reparti sono stati aperti in maniera più estesa ai familiari e si è iniziato a porre attenzione, specialmente recentemente, a quelli che sono i bisogni di un bambino in ospedale. Attualmente è possibile trovare in letteratura numerosi documenti che elencano i diritti dei bambini ospedalizzati e dei loro genitori. Tra questi è fondamentale ricordare la "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale" (tab. 2) nata nel 2007 dalla collaborazione tra SIP (Società Italiana di Pediatria) e ABIO

(Associazione Bambini in Ospedale) che, similmente alla "Carta dei Diritti dei bambini e delle bambine in ospedale" redatta da UNESCO in collaborazione con EACH (European association for children in hospital), descrive alcuni aspetti essenziali da considerare nell'approccio al paziente pediatrico. Dall'analisi dei vari punti descritti nei due documenti si evince come di primaria importanza sia creare un ambiente il più possibile sereno e familiare per il bambino che deve essere adeguatamente informato sulla sua malattia e il cui stress e dolore devono essere minimizzati in modo da eliminare o ridurre la paura della malattia stessa. Il piccolo paziente deve inoltre essere messo nelle condizioni di mantenere uno stile di vita il più vicino possibile a quello domiciliare, pertanto devono essere previsti spazi adeguati, in relazione alla sua età, per l'attività scolastica, per il gioco, per l'educazione ed è indispensabile l'assistenza continua di un genitore o di un familiare. Poiché in pediatria la salute del bambino passa anche attraverso la salute dei famigliari e poiché l'ospedalizzazione del figlio rappresenta un momento di crisi per un genitore è fondamentale facilitare materialmente e psicologicamente l'assistenza che i genitori offrono ai figli ricoverati e rendere i genitori stessi figure attive nel processo di cura. Infine ad ogni paziente devono essere garantite le migliori cure mediche possibili, evitando esami e terapie inutili e garantendo continuità e costanza assistenziale. Esistono allo stato attuale dei programmi di certificazione per diventare, in caso di corretta applicazione dei criteri della Carta dei diritti, "Ospedale all'altezza dei bambini".
Il processo di umanizzazione del ricovero coinvolge quindi diversi aspetti dell'organizzazione di un reparto di Pediatria. Particolare attenzione deve essere dedicata ai rapporti interpersonali tra personale sanitario e non, paziente ricoverato e genitori al fine di accogliere il bambino e i suoi familiari in un ambiente sereno e collaborativo. In relazione all'età del bambino ricoverato devono essere garantiti adeguati momenti e spazi per l'attività scolastica, educativa e ludica per rendere il momento del ricovero quanto più possibile vicino al ritmo normale di vita. Nel 2000 la HOPE Foundation ha redatto la "Carta Europea per la tutela educativa di bambini ed adolescenti malati" che stabilisce il diritto per ogni paziente malato e costretto al ricovero, o ad una prolungata degenza domiciliare, di ricevere una appropriata formazione scolastica in relazione alle sue capacità: ogni struttura ospedaliera dovrebbe quindi essere dotata di insegnanti per garantire la continuità del diritto all'istruzione del bambino ricoverato. Oltre all'attività scolastica fondamentali sono inoltre i programmi di educazione e di animazione, svolti da personale dedicato o da organizzazioni di volontari, che creando dei momenti di gioco e di svago rendono meno traumatizzante il ricovero e favoriscono la guarigione dalla malattia. Da ricordare in tal senso per esempio l'operato dei doctors clown, la pet therapy, i momenti di lettura delle fiabe, l'organizzazione di feste e di attività teatrali. Recentemente particolare attenzione viene, inoltre, rivolta alla prevenzione e terapia del dolore che, essendo parte integrante della malattia anche in età pediatrica, deve essere correttamente riconosciuto e trattato per garantire il benessere del paziente. Nel processo di umanizzazione del ricovero riveste infine un ruolo primario anche l'aspetto più prettamente alberghiero: creare un ambiente il più possibile colorato, quindi vivace e sereno, con materiale dedicato al gioco sempre accessibile è fondamentale per rendere un ospedale a misura di bambino.

CONCLUSIONI

Nonostante numerosi passi avanti siano già stati fatti per migliorare la qualità di vita del bambino ricoverato sono ancora molti gli aspetti sui quali poter agire. Per esempio ottimizzando il numero e la durata dei ricoveri (evitando ricoveri inappropriati e non prolungando la durata della degenza) e ricoverando, quando necessario, i bambini in reparti di pediatria (è noto, infatti, che circa il 30% dei pazienti in età evolutiva sono ricoverati in reparti per adulti). Fonte indiscutibile di suggerimenti per umanizzare ulteriormente i reparti sono sicuramente i piccoli pazienti che vivono o hanno vissuto l'esperienza della malattia e del ricovero. Sono, infatti, loro che, messi nelle condizioni di esprimere liberamente i propri bisogni e raccontare la loro esperienza, possono dare indicazioni su come rendere l'ambiente ospedaliero a misura di bambino nel rispetto dei loro diritti e dei loro bisogni affettivi, emozionali e culturali, trasformando così l'ospedale in una casa ospitale.

BIBLIOGRAFIA:

1. Memo L, Longo G, Soriani P. Care procedures for healthy term newborn in maternity ward: the "open" nursery. *Early Hum Dev.* 2011 Mar;87 Suppl 1:S87-8.
2. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989.
3. Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale.
4. Protocollo d'intesa tra S.I.P.O. e A.Ge; Progetto: La promozione dell'umanizzazione del ricovero per patologie acute in età pediatrica.
5. Benini F, Fanelli G, et al. Il dolore nel bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia. Roma: Ministero della Salute, 2010

1.Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario
2.Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
3.Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4.Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto
5.Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6.Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7.Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrano insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8.Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9.Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10.Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano

rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

Tab. 1 10 passi UNICEF/OMS per l'allattamento al seno

1. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure**.** Possibilmente a domicilio o in ambulatorio e, qualora non esistessero alternative valide, in ospedale. A tale fine deve essere garantita loro una assistenza globale attraverso la costruzione di una rete organizzativa che integri ospedale e servizi territoriali, con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia. **2.** I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento **(**giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari…), senza alcuna limitazione di tempo o di orario. **3.** L'ospedale deve offrire facilitazioni (letto, bagno, spazio per effetti personali, pasti a prezzo convenzionato) ai genitori dei bambini e adolescenti ricoverati e deve aiutarli e incoraggiarli **–** se ciò è compatibile con le loro esigenze familiari **-** a restare in ospedale. Inoltre, perché possano adeguatamente prendersi cura del loro figlio, i genitori devono essere informati sulla diagnosi, sull'organizzazione del reparto e sui percorsi terapeutici in atto. **4.** I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici **-** e mai in reparti per adulti **–** possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le differenti esigenze di un bambino o di un adolescente. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori, compatibilmente con il rispetto delle esigenze degli altri bambini e adolescenti ricoverati e alle necessità assistenziali del bambino o adolescente stesso. **5.** Ai bambini e agli adolescenti deve essere assicurata la continuità dell'assistenza pediatrica da parte dell'équipe multidisciplinare ospedaliera 24 ore su 24 sia nei reparti di degenza sia in pronto soccorso. **6.** I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia. **7.** I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio **-** adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute **-** in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro. **8.** I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia. **9.** I bambini e gli adolescenti **–** e i loro genitori **-** hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quando possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata. **10.** Nell'attività diagnostica e terapeutica che si rende necessaria, devono essere sempre adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei bambini e degli adolescenti e la sofferenza della loro famiglia.

Tab. 2 Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale

LA FORMAZIONE IN EMERGENZA-URGENZA DEL PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO DELLE STRUTTURE PEDIATRICHE OSPEDALIERE

Luigi Cataldi

Istituto di Clinica Pediatrica, Università Cattolica del S. Cuore, Policlinico Gemelli, Roma.

Negli ultimi due decenni si è portato avanti nel nostro Paese un processo di maturazione riguardante l'emergenza-urgenza in età pediatrica, processo prima culturale, quindi operativo e formativo.

L'attività formativa si realizza grazie al coinvolgimento di quanti hanno maturato esperienza formativa sul campo, e sono poi in grado di tradurla in moduli formativi seguendo generalmente le linee guida specifiche correlate agli scopi perseguiti.

Giusto poche righe per ricordare che subito dopo la nascita della Società Italiana di Neonatologia (SIN), nell'autunno del 1994 il CD recepiva all'unanimità il suggerimento del tesoriere che propose la realizzazione di Corsi di formazione in rianimazione neonatale usando le linee Guida dell'American Academy of Pediatric/ American Heart Association appositamente tradotte in italiano. Tali corsi che di fatto sono tuttora operativi, rappresentano ancora uno dei fiori all'occhiello della SIN, e sono stati successivamente affiancati da analoghi corsi a cura di diversi Gruppi di Stidio che sono tutti mirati e dedicati alle più diverse esigenze formative del pediatra neonatologo.

Analogamente col rendersi sempre più rilevante il bisogno di specifica formazione nell'ambito delle emergenze-urgenze pediatriche,si è assistito ad una serie di evoluzioni realizzatesi in un tempo relativamente breve, per cui a partire dal 1990, quando in occasione del 42° Congresso Nazionale della S.I.P. di Cagliari (1990) nasceva il Gruppo di Studio di Medicina d'Urgenza Pediatrica per studiare i problemi corelati alle patologie urgenti del bambino con lo scopo di:

1. promuovere la ricerca scientifica, la didattica e lo scambio di idee ed esperienze tra tutti gli operatori interessati in ambito ospedaliero e nel territorio;
2. contribuire ad assicurare il trattamento più idoneo a bambini con patologie acute, approfondendo gli aspetti eziopatogenetici, diagnostici, assistenziali ed organizzativi;
3. favorire e stimolare l'attuazione degli interventi preventivi e terapeutici ottimali in medicina d'urgenza;
4. divulgare i risultati ottenuti anche al fine di sensibilizzare le autorità sanitarie, amministrative e politiche.

L'indagine conoscitiva (di fatto un censimento della gestione ospedaliera dell'urgenza in età pediatrica, mise in evidenza una "notevole disomogeneità organizzativa..." ma anche "...lo scarso coinvolgimento dei pediatri nell'urgenza del bambino, gestita in prevalenza dai medici dell'adulto".

L'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1994-96 (supplemento alla G. U. del 12 gennaio 1994) ricalcò tale impostazione, accogliendo solo parzialmente le proposte per "la tutela della salute materno-infantile e dell'adolescente", presentate dal Consiglio Nazionale e dal Comitato Direttivo della S.I.P. e dalla Commissione Infanzia del Ministero della Sanità.

Sono dovuti passare non pochi anni perché si rendesse evidente che toccava ai pediatri gestire l'emergenza nel bambino e nell'adolescente, eventualmente, ove non fossero presenti specialisti delle discipline pediatriche, come in alcune strutture ospedaliere dedicate, lacon la collaborazione multidisciplinare con i corrispondenti colleghi specialisti dell'adulto.

Va da se che il coinvolgimento attivo dei pediatri nell'emergenza del bambino presupponeva un adeguato approfondimento delle conoscenze, e l'attenta diffusione di "linee guida convalidate da studi multicentrici, lo scambio e il confronto di esperienze, la verifica della qualità delle cure, l'accreditamento del Pronto Soccorso pediatrico".

Quanto evidenziato dalle virgolette è parte concreta del lavoro di Uomini come Marchi, Pavesio, Di Pietro, e di quanti hanno saputo ben seminare, fino a trasformare, assai più di recente, il gruppo di studio in Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP) sempre con lo scopo di "ottenere una crescita culturale e il miglioramento della assistenza nel nostro paese".

Consideriamo anzitutto brevemente l'evoluzione della formazione infermieristica resasi più adeguata e professionalizzande dalla comparsa della laurea triennale in Infermieristica, più recentemente della laurea triennale in Infermieristica Pediatrica, successivamente maturate con l'integrazione dei due anni di specialistica, per quanto riguarda il settore ostetrico-pediatrico, e con i master di Primo e Secondo livello, in Infermieristica Pediatrica è rivolto agli Infermieri che desiderano ampliare le proprie conoscenze sull'assistenza al bambino nelle sue diverse fasi evolutive, con l'acquisizione di competenze tecniche, relazionali ed educative da porli in grado di erogare assistenza infermieristica di elevata qualità al paziente in età evolutiva nei contesti assistenziali più diversi. In merito al triage pediatrico tutti gli infermieri operanti nelle strutture con arttività di medicina di urgenza dovrebbero aver superato con successo uno dei corsi proposti dalla SIMEUP, i quali, pur con un evidente squilibrio nelle distribuzione geografica delle sedi didattiche sono sufficientemente numerosi da permettere una adeguata partecipazione ai discenti... di buona volontà.

Per la formazione del Medico alle emergenze e urgenze pediatriche, se abbiamo assistito alla recente (aa 2006-07) introduzione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza, anche se non scevra da critiche e contestazioni da parte degli anestesisti, ai quali per troppo tempo noi pediatri abbiamo colpevolmente lasciato ampio spazio nella gestione del bambino e addirittura del neonato, non possiamo aspettarci che ciò avvenga anche per i pazienti in età pediatrica. Dovremo quindi fare affidamento sull'esempio di formazione realizzata in questi ultimi tempi dalle società scientifiche e consigliare ai pediatri di attivarsi nellla frequenza dei corsi che auspichiamo siano sempre numerosi e qualitativamente adeguati, ma principalmente dovremo tenere la posizione acquisita: deve essere sempre il pediatra a curare il bambino e a tenere i contatti con la famiglia.

Bibliografia essenziale

http://attiministeriali.miur.it/UserFiles/2292.pdf (cons. il 2 sett 2011)
http://www.simeu.it/download/comunicati/DocumentoAAROI_scuola_specializzazione.pdf (cons 2.9.2011)
http://www.simeup.com/page.php?lang=it&area=AGENDA%20CORSI%20SIMEUP&explode_[AGENDA%20CORSI%20SIMEUP]=ok&page_name=CORSO%20DI%20TRIAGE&titolo=TRIAGE%20PED (consultato il 2 sett 2011)
IRC-SIMEUP. Pediatric Advanced Life Support. Ed. Masson
Rianimazione Cardiopolmonare Pediatrica di Base e Defibrillazione Precoce - LG 2010
a cura di: Monica Benedetti, Paolo Biban, Luca Tortorolo et Al. Aprile 2011
E Piccotti, MC Diana, Formazione nell'emergenza-urgenza pediatrica Rivista di emergenza e urgenza pediatrica 2009, III (1),18-22
A Vitale, G, Messi, La SIMEUP e lo scenario pediatrico in Italia Rivista di emergenza e urgenza pediatrica III 2009, (2),4-8

SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Roberto Antonucci

UOC di Nido, Neonatologia e Pediatria
P.O. Nostra Signora di Bonaria - S. Gavino Monreale
ASL 6 - Sanluri (VS)

INTRODUZIONE

Il sistema sanitario è un sistema complesso, forse il più complesso tra i sistemi socio-tecnici della società odierna, caratterizzato da interazioni continue tra le persone, e tra persone e tecnologie. Il suo comportamento è determinato dalle suddette interazioni, in funzione di molteplici variabili interne al sistema (umane, sociali, organizzative, tecniche ecc.) od esterne rispetto ad esso (sociali, culturali, giuridiche ecc.). Inoltre, negli ultimi anni, il sistema sanitario ha subito importanti cambiamenti, tra i quali principalmente l'aumento della complessità delle strutture sanitarie, l'impiego di strumenti tecnologici sempre più avanzati, il crescente numero di atti medici, e la crescente richiesta di sicurezza e di cure.

In ogni organizzazione complessa, l'errore e la possibilità di un incidente sono ineliminabili, e pertanto è necessario predisporre tutti gli interventi perchè essi siano quanto meno controllabili. Partendo dalla constatazione che la "fallibilità" è parte della condizione umana, è fondamentale avere coscienza del fatto che anche il sistema può sbagliare creando le circostanze favorevoli al verificarsi di un errore, le quali restano latenti fino a che non le renda manifeste un errore dell'operatore. Dato che non è possibile eliminare completamente l'errore umano, è necessario favorire la creazione di condizioni lavorative ideali e porre in essere un complesso di azioni tale da rendere difficile per l'uomo sbagliare e, secondariamente, predisporre delle difese capaci di arginare le conseguenze di un eventuale errore. In altri termini, si può affermare che "*we cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work*" [Reason, 2000].

Esistono 2 possibili approcci al problema dell'errore umano, un approccio mirato alla persona (**person approach**) ed un approccio mirato al sistema (**sistem approach**). Il primo approccio si focalizza sugli errori dell'individuo, che viene incolpato di noncuranza, disattenzione, o scarsa moralità. Pertanto, il rimedio è rappresentato dalla riduzione della variabilità inappropriata del comportamento umano (miglioramento della conoscenza e della formazione individuale). Al contrario, **l'approccio sistemico** si concentra sulle condizioni in cui gli individui operano, e considera l'errore come il risultato di un fallimento del sistema. Nel 2005, Leape e Berwick affermavano in proposito che "... *sistemi cattivi (mal progettati), non cattive persone, conducono alla maggior parte degli errori e degli incidenti*". Secondo tale approccio, il rimedio è indirizzato al sistema e mira a costruire difese capaci di prevenire gli errori o di mitigarne gli effetti.

Un sistema che si prefigga di ridurre l'incidenza di eventi avversi dovrebbe ispirarsi ad un approccio sistemico, e considerare l'errore come una fonte di apprendimento per prevenire il ripetersi delle circostanze che hanno indotto a sbagliare. Promuovere la cultura dell'imparare dall'errore (e non occultarlo) si è dimostrata una strategia vincente.

RISCHIO CLINICO

Si definisce **rischio clinico** la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un qualsivoglia "*danno o disagio imputabile, anche in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*" [Institute of Medicine, 1999].

Il rischio clinico può essere arginato attraverso l'attuazione di iniziative di **Risk Management** ai diversi livelli del sistema sanitario (struttura operativa, Azienda sanitaria, Regione, Stato).

LA MENTE UMANA E LA TEORIA DELL'ERRORE

La disciplina che più si è occupata di studiare come funziona la mente umana e dove essa può fallire è la psicologia cognitiva. Nel 1986, Norman e Shallice elaborano un modello secondo cui il funzionamento della mente umana può essere paragonato a quello di un elaboratore elettronico. In tale modello, il processo elaborativo delle informazioni da parte della mente umana viene assimilato a quello realizzato in un computer, dove gli input esterni vengono processati da una memoria di lavoro (RAM) che li elabora attraverso il confronto con informazioni già presenti e depositate in una memoria fissa. Tale modello crea le premesse per successivi studi, i quali cercano di dare una spiegazione della fallibilità umana (*errare humanum est*) analizzando tutti gli elementi che giocano un ruolo fondamentale nell'esecuzione di un'azione e che possono condurre ad un suo fallimento (conoscenze, memoria, attenzione, abilità ecc.).

Nel 1987, Rasmussen propone un modello secondo il quale sono riconoscibili 3 diverse tipologie di comportamento dell'uomo:

- *skill based behaviour*: sono comportamenti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità, con sforzo cognitivo praticamente nullo. Tale tipo di comportamento è riscontrabile in situazioni di routine.
- *rule based behaviour*: si tratta di comportamenti basati sull'osservanza di una regola, su una precedente esperienza o su un'istruzione specifica. Essi entrano in azione quando falliscono quelli skill based ed il soggetto ha bisogno di fare riferimento ad un set di istruzioni esplicite o a regole che ha a disposizione.
- *knowledge based behaviour*: si tratta di comportamenti attuati quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute, o non si dispone di regole sufficienti ed adeguate. In tali situazioni è richiesto il maggior impiego di conoscenza, ragionamento e valutazione, nonchè la pianificazione di una strategia d'azione. Se un determinato problema non viene risolto da un comportamento rule based, si deve fare riferimento ad un comportamento knowledge based.

I 3 tipi di comportamento si acquisiscono sequenzialmente, ossia ciascun comportamento basato sulla pratica, prima di diventare automatico *(skill based)*, è stato di tipo *rule based* ed ancor prima *knowledge based.* L'errore può nascere, per varie cause, ad ognuno dei 3 livelli di comportamento.

Nel 1990, Reason definisce l'**errore** come un "*fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato*", e classifica gli errori in 2 tipologie, gli *errori di esecuzione* e gli *errori intenzionali*.

1. **Errori di esecuzione**: si tratta di errori relativi ai comportamenti basati sulle abilità (*skill based*). Ne vengono identificate 2 categorie:

- *Slips:* sono *errori di esecuzione* che si verificano a livello di abilità. Tale categoria di errore include tutte le azioni eseguite in maniera diversa da come pianificato (pianificazione valida, ma esecuzione carente). Si tratta di errori commessi nello svolgimento di attività routinarie.
- *Lapses:* si tratta di *errori di esecuzione* conseguenti ad un fallimento della memoria. Essi non sono direttamente osservabili, a differenza degli slips.

2. Errori intenzionali (mistakes): sono errori non commessi durante l'esecuzione dell'azione ma precedentemente ad essa, durante la fase di pianificazione. Si tratta cioè di errori di intenzione conseguenti a giudizi e valutazioni sbagliate da cui discende una pianificazione delle azioni non idonea a raggiungere l'obiettivo. Possono essere di 2 tipi:

- *rule based mistakes*. Tale tipo di errore avviene quando si sceglie di applicare una regola o una procedura "sbagliata", cioè che non consente il raggiungimento di un determinato obiettivo.
- *knowledge based mistakes*. Si tratta di errori conseguenti o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. In tali errori, è il piano d'azione ad essere sbagliato, non permettendo il conseguimento dell'obiettivo prefissato.

Nell'ambito degli errori intenzionali sono da includere anche le cosiddette *violazioni*, intese come azioni che vengono eseguite nonostante ciò sia formalmente impedito da una direttiva, un regolamento ecc. Si verifica una violazione quando, ad esempio, venga decisa una deviazione sistematica dalle modalità stabilite nelle procedure allo scopo di aumentare la praticità o la celerità di esecuzione.

ERRORI ATTIVI ED ERRORI LATENTI

Gli errori che avvengono nella fase di esecuzione, quelli legati all'intenzione e le violazioni sono definiti **errori attivi** (**active failures**), in quanto si tratta di azioni o decisioni compiute da persone. In ambito sanitario, tali errori sono compiuti dagli operatori a diretto contatto con il paziente, e pertanto sono più facilmente individuabili ed hanno effetti immediatamente percepiti. I più comuni tipi di errore attivo sono rappresentati da errori nella diagnosi o nel trattamento, errori nell'uso di medicamenti, errori procedurali ed errori amministrativi. Le ragioni di tali errori risiedono essenzialmente in training o supervisione inadeguati, affaticamento, stress, sovraccarico di lavoro o inadeguata comunicazione.

Sono detti **errori latenti** (**latent failures**) le possibili condizioni presenti all'interno di un sistema, correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto a quelli dell'incidente (azioni o decisioni manageriali, norme, modalità organizzative ecc.). Gli errori latenti possono avere 2 tipi di effetti negativi: a) possono tradursi in condizioni che provocano l'errore nell'ambiente di lavoro (staff sottodimensionato, pressione eccessiva sul fattore tempo, attrezzature inadeguate, inesperienza ecc.) oppure b) possono generare "buchi" o debolezze persistenti nelle difese del sistema (ad es., allarmi ed indicatori inattendibili, procedure inattuabili, difetti costruttivi) [Reason, 2000]. Un errore latente può restare silente a lungo, per rendersi evidente solo quando, combinandosi con errori attivi ed altri fattori, permette una rottura delle difese del sistema. Gli **errori latenti** sono presenti nel sistema molto prima che venga commesso l'**errore attivo**, e costituiscono la minaccia più grande per la sicurezza in un sistema complesso.

A differenza dagli errori attivi, le cui specifiche forme sono spesso difficili da prevedere, gli errori (o condizioni) latenti possono essere identificate e corrette prima che si verifichi un evento avverso. La comprensione di questo concetto porta a favorire una gestione proattiva del rischio clinico rispetto alla gestione reattiva [Reason, 2000].

CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORI MEDICI

Tra i diversi tipi di classificazione degli errori medici merita un cenno quella che individua specifiche categorie di errore, ed in particolare: a) errore nell'uso dei farmaci; b) errore chirurgico; c) errore nell'impiego di apparecchiature; d) errore relativo ad esami o procedure diagnostiche; e) errore nella tempistica.

INCIDENTI ED EVENTI AVVERSI

Gli **incidenti** sono la punta di un iceberg: per ogni incidente occorso ce ne sono molti altri, definiti *near miss events*, che sono stati evitati grazie ad un controllo o allo stesso operatore [Nashef, 2003].

Si afferma così il concetto secondo cui il verificarsi di un **incidente** è il risultato di una concatenazione di eventi che supera tutte le difese che erano state predisposte. Al riguardo, Reason propone nel 1990 il cosiddetto "*modello del formaggio svizzero*". In tale modello, ogni fetta di formaggio costituisce uno strato difensivo dell'organizzazione complessa considerata (ad es. affidabilità dei sistemi ingegnerizzati, affidabilità umana, procedure ecc.). Alcuni dei buchi presenti nelle fette di formaggio svizzero corrispondono ad **errori attivi** (commessi dagli operatori), mentre altri rappresentano gli **errori latenti** (insiti nel sistema). La presenza di tali buchi nei vari strati protettivi non è di per sè sufficiente per il verificarsi di un incidente. Nel modello considerato, un'**incidente** può essere rappresentato come un vettore che riesce ad attraversare tutte le fette di formaggio poichè casualmente esse si sono allineate in modo tale da lasciarlo passare attraverso i fori.

È importante chiarire la definizione di **evento avverso**, termine ormai entrato nell'uso comune nel contesto sanitario. Si definisce **evento avverso** un "*danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente (o mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile*" [Kohn et al, 2000]. Tale definizione pone sullo stesso piano sia eventi che hanno procurato un danno rilevabile ad un paziente, sia quelli che non hanno causato alcun peggioramento dello stato di salute dell'individuo coinvolto.

Una particolare categoria di eventi avversi è rappresentata dagli **eventi sentinella**, che sono stati definiti come "*eventi inattesi che comprendono la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse*". Gli eventi sentinella, per la particolare gravità che li contraddistingue, sono considerati indicatori sanitari la cui soglia di allarme è 1. Ciò significa che il verificarsi di un solo caso è sufficiente per avviare un'indagine immediata rivolta ad accertare se abbiano contribuito

all'evento fattori eliminabili o riducibili. Dal 2006, Il Ministero della Salute ha avviato un monitoraggio di 16 eventi sentinella ritenuti prioritari, con il coinvolgimento dello stesso Ministero, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

EVENTI AVVERSI: DATI EPIDEMIOLOGICI

Le relazioni che intercorrono tra i diversi tipi di eventi avversi vengono spesso illustrate ricorrendo al modello dell'iceberg: al vertice si collocano gli *incidenti con conseguenze gravi*, subito sotto di essi (e sotto la linea di galleggiamento) stanno gli *incidenti con conseguenze lievi*, sotto ancora si situano i *mancati incidenti* ed infine, alla base dell'iceberg, le *azioni insicure,* cioè le situazioni in cui stava per essere intrapresa un'azione che avrebbe causato effetti indesiderati, ma poi essa non è stata compiuta. Secondo tale rappresentazione, gli eventi avversi hanno una gravità crescente ma una numerosità decrescente man mano che si risale l'iceberg.

Negli ultimi 3 decenni sono stati condotti diversi studi allo scopo di stabilire quali fossero le dimensioni del fenomeno dell'errore in medicina. Tali studi, peraltro assai disomogenei tra loro riguardo ad area geografica (Nord America, Australia, Nuova Zelanda ed Europa), periodo di studio, numerosità e tipo di campioni, e metodologie, hanno documentato che il tasso di ricoveri accompagnati da almeno un evento avverso era compreso tra il 2,9% ed il 16,6%. Abbastanza costante appare invece, nei citati studi, il dato relativo alla prevenibilità degli eventi avversi: circa la metà di essi erano prevenibili, configurandosi così come errori. Riguardo al tasso di mortalità sul totale degli eventi avversi, esso variava tra il 4,9% ed il 15% a seconda dello studio.

Il report "*To err is human. Building a safer health care system*", promosso nel 1999 dall'Institute of Medicine statunitense, è stata la pubblicazione che più di ogni altra ha evidenziato il problema dell'errore in medicina. In tale report viene stimato che, negli USA, non meno di 44.000 persone, e forse fino a 98.000 persone, muoiono ogni anno in ospedale a causa di errori medici prevenibili; pertanto, le morti causate da tali errori superano numericamente quelle attribuibili ad incidenti che coinvolgono veicoli a motore (43.458), a cancro mammario (42.297) o all'AIDS (16.516). Oltre ai costi che gli errori medici comportano in termini di vite umane, essi impongono ulteriori importanti tributi. Il report in questione ha stimato che i costi complessivi derivanti da errori medici evitabili (spese per cure aggiuntive conseguenti all'errore, mancati introiti, disabilità ecc.), in tutti gli ospedali USA, sono compresi tra 17 e 29 miliardi di dollari per anno. Inoltre, gli errori medici hanno dei costi in termini di perdita di fiducia nel sistema sanitario da parte dei pazienti, e diminuita soddisfazione da parte dei pazienti (disagi secondari alla prolungata degenza ospedaliera o alla disabilità) e degli operatori sanitari (perdita di morale, frustrazione). A causa di tali errori, anche la società paga un prezzo, che consiste in una perdita di produttività del lavoratore, ridotta frequenza scolastica dei bambini, e minori livelli dello stato di salute della popolazione. La pubblicazione di tale report ha avuto un'importante funzione di sensibilizzazione e di indirizzo nei confronti dei sistemi sanitari di diversi paesi, spingendoli a dotarsi di strumenti atti alla raccolta sistematica di informazioni sugli indicatori di sicurezza, ed a promuovere programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie.

Le specialità mediche più frequentemente interessate da eventi avversi sono l'Ostetricia-Ginecologia (40%), l'Anestesiologia-Rianimazione (20%), l'Ortopedia (15%), il Pronto Soccorso (12%) e la Chirurgia Generale (8%) [Marsh, 2001].

Va notato che i dati epidemiologici disponibili in letteratura derivano essenzialmente da studi condotti in ambito ospedaliero, e che solo negli ultimi anni sono state avviate indagini dirette ad acquisire informazioni sull'errore medico in ambito extra-ospedaliero.

CLINICAL RISK MANAGEMENT (GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO)

Il **risk management** (gestione del rischio), cioè l'insieme dei processi di analisi, valutazione, gestione e comunicazione del rischio attraverso i quali poter sviluppare le strategie per governarlo, nasce in ambito finanziario. Successivamente, il **risk management** viene mutuato in altri tipi di organizzazione complessa (trasporti, settore energetico, industria chimica ecc.), e solo in tempi piuttosto recenti trova applicazione in ambito sanitario (**clinical risk management** o **gestione del rischio clinico**), in modo particolare dopo la pubblicazione del rapporto "*To err is human*" da parte dell'Institute of Medicine degli Stati Uniti [Institute of Medicine, 1999].

Svariate sono le definizioni di clinical risk management (CRM) comparse nella letteratura scientifica. Nel 2003, Kavaler & Spiegel propongono di definire il CRM "*un processo organizzativo diretto ad identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, i visitatori, lo staff e l'intera organizzazione. Esso è un programma concepito per ridurre l'incidenza di incidenti e danni evitabili e per minimizzare la perdita economica a carico delle organizzazioni sanitarie quando un danno od un incidente si verifica*".

La gestione del rischio clinico si sviluppa essenzialmente nelle seguenti fasi:

1. Identificazione: ricerca delle possibili fonti di rischio nel contesto in esame (variazioni in rapporto al tipo di paziente, alla specialità, alla struttura ecc.);
2. Analisi: classificazione dei rischi e valutazione;
3. Implementazione: trasferimento delle informazioni a coloro che devono assumere le decisioni, ed applicazione delle misure correttive;
4. Monitoraggio: monitoraggio degli effetti delle misure correttive (indicatori);
5. Verifica: correzione delle criticità;
6. Feedback: costruzione di una nuova mappa dei rischi.

Riguardo all'*identificazione dei rischi*, le fonti informative più comunemente utilizzate sono costituite da: a) revisione di cartelle cliniche; b) segnalazioni di incidenti (*incident reporting*); c) notizie di eventi avversi (talora eventi sentinella) appresi direttamente dai mass media; d) reclami pervenuti all'URP; e) richieste di risarcimento danni, procedimenti civili o penali per lesioni personali o decesso, ecc; f) altre fonti dati di tipo amministrativo (SDO).

Esistono due tipologie di *tecniche per l'analisi degli errori*, le **tecniche proattive** e le **tecniche reattive**.

L'analisi proattiva è finalizzata all'individuazione ed all'eliminazione delle criticità del sistema prima del verificarsi dell'incidente. Tutte le metodologie di analisi proattiva vanno ad analizzare il processo nelle sue fasi, allo scopo di identificarne i punti critici ed i potenziali ambiti di errore umano, e di attuare tempestivamente i necessari rimedi. La principale tecnica di analisi proattiva è costituita dalla *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA).

L'analisi reattiva prevede invece uno studio a posteriori dell'incidente allo scopo di individuarne le cause. Pertanto, l'analisi dell'incidente va condotta a ritroso rispetto al momento in cui esso è avvenuto, ed è mirata ad individuare, a partire dagli errori attivi, i fattori di rischio presenti nel sistema ed infine le cause profonde, organizzative che lo hanno provocato. Le principali tecniche di analisi reattiva in uso sono le seguenti: 1) audit clinico; 2) *Root causes analysis* (RCA); 3) *Morbidity & Mortality Review* (M&MR).

Entrambi i tipi di analisi, proattiva e reattiva, sono indispensabili. Da un lato, infatti, è necessario rendere visibili le condizioni latenti e gli elementi patogeni che potrebbero diventare i precursori di possibili incidenti. Dall'altro lato, però, è importante trarre insegnamento dagli eventi passati, senza rischiare di riprodurre situazioni che hanno già causato dei danni al sistema.

Nato come risposta ad esigenze economico-sanitarie (crescente contenziosità medico-legale), il CRM ha assunto progressivamente una valenza deontologica, entrando a far parte degli interventi diretti a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Il CRM rappresenta infatti uno degli strumenti più importanti della **"clinical governance"**, cioè del sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti standards di cura, attraverso la creazione di un contesto in cui l'eccellenza clinica possa prosperare.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ETÀ PEDIATRICA

L'epidemiologia dell'errore medico in età pediatrica e le lacune da colmare per minimizzarne la prevalenza sono ancora poco note, in quanto la maggior parte degli studi sull'argomento hanno coinvolto pazienti adulti.

Gli errori nell'uso di medicamenti (*medication errors*) sono i più comuni ed i più prevenibili in età pediatrica. Viene definito *medication error* l'uso evitabile ed inappropriato di medicamenti che può verificarsi in una qualunque delle fasi in cui si articola un trattamento farmacologico (prescrizione del farmaco, trascrizione, dispensa, somministrazione e monitoraggio). In alcuni casi, gli errori nell'uso di medicamenti causano un evento farmacologico avverso (*adverse drug event, ADE*).

Bambini ed adolescenti sono a maggior rischio di *medication errors* rispetto agli adulti, e ciò può essere attribuito a fattori come la limitata disponibilità di farmaci sviluppati in concentrazioni appropriate per l'uso pediatrico, la necessità di calcolare la dose o la diluizione del farmaco in base al peso, e le limitate possibilità di comunicazione tra bambino e medico.

Nel 2001, uno studio di coorte prospettico di Kaushal et al, condotto su un'ampia popolazione pediatrica (1.120 pazienti) in regime di ricovero, ha documentato un tasso di *medication errors* del 5,7%, un tasso di potenziali *ADEs* dell'1,1% ed un tasso di *ADEs* pari allo 0,24%. Il tasso osservato di potenziali *ADEs* era 3 volte maggiore di quello riscontrato in un precedente studio su adulti ospedalizzati, e risultava significativamente più alto nei neonati ricoverati in NICU. Inoltre, la maggior parte (79%) dei potenziali *ADEs* si verificava nella fase di prescrizione del farmaco (più comunemente errori nel dosaggio).

Nel 2007, Miller e collaboratori hanno pubblicato una revisione sistematica della letteratura, il cui obiettivo era quello di sintetizzare le conoscenze sui *medication errors* nel bambino e sulle raccomandazioni per migliorare la sicurezza dei medicamenti in Pediatria. Dei 358 articoli identificati dagli autori, solo 31 sono risultati eleggibili per lo studio: 22 di essi erano relativi a pazienti ospedalizzati, 6 coinvolgevano pazienti ambulatoriali e 3 includevano pazienti seguiti a domicilio. I risultati dello studio hanno dimostrato che gli *errori nell'uso di medicamenti* in età pediatrica sono comuni e si verificano in tutte le fasi del processo di somministrazione (prescrizione, distribuzione, somministrazione e documentazione correlata).

CONCLUSIONI

Errare humanum est, ossia la fallibilità è parte integrante della condizione umana, e l'errore costituisce un evento atteso. Gli errori medici sono causati più spesso da sistemi imperfetti, processi e condizioni che portano le persone a commettere errori o a non riuscire ad evitarli [Institute of Medicine, 1999]. I costi umani, economici e sociali degli errori medici sono elevati.

In un sistema complesso come quello sanitario, conoscere i fattori che causano o contribuiscono a causare possibili errori, nonchè le lacune latenti del sistema stesso è essenziale al fine di costruire dei percorsi diretti a prevenire gli eventi avversi e a migliorare la qualità dell'assistenza.

Uno dei più importanti obiettivi di qualunque organizzazione sanitaria e dei singoli operatori è difendere la sicurezza di cittadini e pazienti, e la gestione del rischio clinico ne è lo strumento. Essa può essere progettata a tutti i livelli di decisione ed intervento sanitario, a livello centrale (Ministero della Salute o Regione) come a livello periferico (Azienda Sanitaria o singola Unità Operativa), e sta diventando sempre più una delle attività programmatiche strutturali del sistema sanitario.

Tuttavia, la sistematica applicazione degli strumenti della gestione del rischio clinico non può prescindere da cambiamenti di tipo culturale, organizzativo e professionale in tutti coloro che hanno un ruolo nel sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Forgeschi G, Fiorani M. *La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.

Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, et al. *Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients*. JAMA 2001;285:2114–20.

Kavaler F, Spiegel A *Management in Health Care Institutions. A Strategic Approach*. Jones and Bartlett Publishers, 2003.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

Leape LL, Berwick DM. *Five years after To Err is Human what have we learned?* JAMA. 2005;293:2384-90.

Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. *Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*. Qual Saf Health Care 2007;16:116-26.

Ministero della Salute. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*. Roma: 2004.
Nashef SA. What is a near miss? Lancet 2003; 361:180-1.
Norman DA, Shallice T. *Attention to action: willed and automatic control of behaviour*. In: Davidson RJ, Schwartz GE, Shapiro D, eds. Consciousness and self-regulation. New York: Plenum Press, 1986.
Rasmussen J, Duncan K, Leplat J. *New technology and human error*. Chichester, England: Wiley, 1987.
Reason J. *Human error*. New York: Cambridge University Press, 1990.
Reason J. *Human error: models and management*. BMJ 2000;320:768–70.

L'OSPEDALE CHE I PEDIATRI E I GENITORI VORREBBERO

Maurizio Ivaldi

Ospedale Del Tigullio - Polo Di Lavagna Pediatria, Lavagna (GE)

Un ospedale sognato da pediatri e genitori non è poi tanto irrealizzabile, ma dopo circa 40 anni di dibattiti e progetti è davvero ancora un sogno in molte realtà italiane non solo nell'estrema periferia ma anche nelle grandi città.
Affrontare questo argomento nel momento di crisi economica che stiamo vivendo può essere estremamente frustrante perché l'obiettivo che si vuole raggiungere si traguarda ancora più lontano. Ma è anche vero che nei momenti di grande difficoltà si raccolgono le forze e fioriscono quei colpi di ingegno tipici della nostra cultura che consentono di rinascere a nuova vita.
Una disamina delle lacune è sicuramente impresa ardua, ma non impossibile . Accanto a carenze di attrezzature spesso è la stessa accoglienza ed assistenza ad essere deficitaria perché affidata a personale con formazione professionale insoddisfacente, sia a livello medico che infermieristico.
Una grande risorsa può essere rappresentata da una analisi concreta dei bisogni assistenziali, che indichi le vere priorità da affrontare: è dal confronto fra bisogni ipotizzati dai tecnici e bisogni percepiti dai pazienti che devono nascere le proposte per la soluzione delle problematicità. E' in questa ottica che si inseriscono le iniziative culturali intraprese dalla nostra società e i rapporti instaurati sia con altre società scientifiche nazionali ed internazionali sia con le associazioni di genitori.
Il punto di partenza è rappresentato dalla specificità del paziente che necessita delle nostre cure: gli ospedali esclusivamente pediatrici in Italia si contano sulle dita delle mani ma le strutture di pediatria sono più di 500 inserite in ospedali generalisti. È vero che i bambini e gli adolescenti sono pazienti speciali della cui unicità noi pediatri siamo pienamente convinti ma è indispensabile che di questo importante concetto siano consapevoli tutte le componenti dell'ospedale e le forze politiche nazionali e locali.
Come tutti gli altri cittadini hanno diritto alla migliore qualità delle cure; è necessario che la presa in carico sia assicurata da pediatri e infermieri pediatrici e che il ricovero avvenga in ambienti specificamente dedicati: in troppi casi ancora e in particolar modo gli adolescenti vengono ricoverati in strutture per adulti. Inoltre abusare dell'uso dell'ospedale è controproducente per la salute psichica e la consapevolezza del se, ma rappresenta anche uno spreco di risorse. Nostro compito è assicurare la possibilità di assistere a domicilio o in ambulatorio realizzando una vera continuità ospedale–territorio che nonostante i nostri sforzi è ancora lontana dall'essere realizzata.
I bambini e ancor più gli adolescenti hanno diritto alla salvaguardia della loro privacy e al conforto offerto dalla presenza di una persona cara sempre presente accanto a loro, nel rispetto della propria cultura e credo religioso.
Importanza fondamentale deve essere data alla comunicazione: la comprensione della diagnosi è prerequisito per il consenso al trattamento che non può prescindere dal coinvolgimento dei genitori/tutori e dello stesso paziente specie in età adolescenziale. La presenza di una equipe multidisciplinare che preveda la presenza di psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari è quindi indispensabile per superare le barriere linguistiche e culturali che si frappongono fra ospedale e paziente indipendentemente dalla sua nazionalità .
E' necessario che anche l'ambiente architettonicamente inteso, infonda fiducia e serenità contribuendo a ridurre la percezione della medicalizzazione: via dunque gli ambienti impersonali e anonimi e largo ai colori, ai disegni, alle immagini dei beniamini dei bambini e dei ragazzi, con aree dedicate al gioco e allo svago, con possibilità di intrattenimento da parte di animatori specializzati.
Infine uno sforzo deve essere compiuto per cercare di salvaguardare i ritmi di vita dei pazienti; orari troppo diversi da quelli domestici, composizione dei menù monotona e spesso poco appetitosa sono i disagi più comunemente segnalati .
In una parola: umanizzazione; mi auguro che il nuovo direttivo della nostra società condivida questa scelta e persegua questo obiettivo.

RELAZIONI INFERMIERI

MUTILAZIONI GENITALI NELLE DONNE IMMIGRATE: IMPLICAZIONI NEONATALI

Elena Bernabei

Presidio Ospedaliero Moscati
U.O. Pediatria E Neonatologia, Aversa (CE)

Le mutilazioni genitali femminili sono una pratica antica, risalente ad una tradizione millenaria, non giustificata né prevista da alcuna religione.
Molte donne straniere portano nel corpo questa violenza a noi sconosciuta. Oltre ad essere state più o meno sradicate dal loro paese di origine,esse sono state segnate nel fisico e probabilmente nella mente,da antiche pratiche escissorie. Si valuta che attualmente siano
circa 130 milioni le donne che hanno subito una qualche forma di mutilazione genitale, e si calcola che almeno 2 milioni di ragazze all'anno siano a rischio di subirne.
Fino a qualche anno fa le MGF era un fenomeno circoscritto, ma con il crescere dell'immigrazione, la sua dimensione si è estesa anche ai paesi europei, diventando un così un problema di attualità che vede interessati più aspetti : responsabilità penali; assistenza e deontologia medica nonché riabilitazione medica e psicologica, prevenzione e dissuasione.
Il termine più comunemente usato per descrivere tali pratiche è : infibulazione, anche se le donne che l'hanno subita le chiamano " pulizia ".
Il termine "infibulazione" deriva dal latino "fibula" che significa spilla e definisce una procedura mutilativa genitale.
L'OMS le ha classificate in quattro tipi diversi :
Tipo 1 - la sunna – consiste nel taglio del prepuzio, con o senza asportazione totale o parziale del clitoride;
Tipo 2 – l'escissione o cliteroidectomia – consiste nella rimozione del clitoride e, in toto o in parte delle piccole labbra ;
Tipo 3 – infibulazione o circoncisione faraonica – consiste nella rimozione del clitoride, delle piccole labbra e di gran parte delle grandi labbra, con successiva sutura dei lembi rimanenti della vulva con fili di seta, o spine di acacia, con l'occlusione pressoché completa dell' introito vaginale, per lasciare solamente una piccola apertura per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale;
Tipo 4 – non classificata - include l'incisione, il piercing del clitoride e/o delle grandi labbra,lo stiramento del clitoride e delle grandi labbra, la cauterizzazione attraverso bruciatura (mediante impacchi di ortica o tizzoni ardenti) del clitoride e dei tessuti circostanti, la raschiatura dei tessuti che circondano l'orificio vaginale (taglio anguria) o l'incisione della vagina (taglio gishiri)e in ultimo, l'introduzione in vagina di sostanze o erbe corrosive che causano sanguinamenti e restringimento della vagina.
Nelle zone urbanizzate questo tipo di intervento viene spesso eseguito da un medico chirurgo,ma nei villaggi sono le donne più anziane responsabili di tali pratiche. Gli interventi vengono eseguiti con lame,corpi taglienti, forbici,pezzi di vetro etc. senza alcun tipo di sterilizzazione e gli strumenti possono essere riutilizzati. Anestetici e antisettici non sono reperibili e sono sostituiti da erbe medicali locali, usate per far cessare le emorragie e aiutare la cicatrizzazione. I danni immediati derivano da strumenti infetti, dalla poca luce, dalla vista difettosa dell'anziana operatrice e dalle pessime condizioni igieniche.
La MGF è di solito attuata come rito del passaggio dall'infanzia alla vita adulta e nella maggior parte delle comunità avviene tra i 4 ed i 14 anni,mentre in altre comunità prima del matrimonio. Le motivazioni date per giustificare tali pratiche sono molte e riflettono situazioni storiche e ideologiche delle società in cui si sono sviluppate. Caratteristica comune è il condizionamento sociale delle donne che accettano la mutilazione genitale come definizione sociale dell' identità femminile. Ciò le porta a perpetuare e difendere questa pratica.
Le MGF danneggiano gravemente donne e bambine, le conseguenze sulle salute sono a breve ed a lungo termine. Più severe sono le forme di mutilazione, più le complicanze saranno serie e durature. Le conseguenze più serie ed immediate sono i decessi conseguenti ad emorragie non controllate dell'arteria clitoridea anche quando l'amputazione era stata effettuata da un medico. Il decesso può sopravvenire per eccessivo sanguinamento (shock emorragico), per il dolore ed il trauma (shock neurogenico) oppure per infezione grave ed incurabile (setticemia). Altre complicanze a breve termine sono il dolore, incontinenza, emorragie, ritenzione urinaria, fratture e/o slogature, infezioni,tetano.
Le complicanze a lungo termine sono la formazione di cheloidi, ascessi, cisti dermoidi, neurinoma, mancata cicatrizzazione, infezioni e calcoli urinari, infezioni pelviche croniche, fistole,trasmissione virus HIV ed epatite.
Le complicanze legate alla gravidanza ed al parto sono specifiche nei casi di MGF di tipo 3, tale pratica provoca una parziale o totale ostruzione dell'orifizio vaginale,impedendo sia una normale visita ginecologica sia il passaggio del bambino.
In occasione del parto, la vagina della donna infibulata deve essere riaperta per consentire il passaggio della testa del bambino. Il travaglio può risultare ostacolato ed un prolungamento del travaglio spesso causa danni da moderati a gravi sia alla madre che al bambino.. Anche se la mutilazione genitale contribuisce alla mortalità materna e a gravi complicazioni per il nascituro, non ci sono dati riguardo alla gravità di questo effetto. Si è affermato che la mutilazione genitale femminile raddoppia la percentuale di mortalità materna ma non ci sono prove pubblicate che sia realmente così. Le donne che hanno subito mutilazioni genitali sono soggette a cicatrizzazioni e altre complicanze che talvolta aumentano il rischio di situazioni ginecologiche critiche è quindi molto elevato il rischio che madre o bambino perdano la vita. Non è un caso, infatti, che nei paesi con elevati indici di mortalità materna, si ricorre spesso alle mutilazioni genitali.
Uno studio condotto in Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal e Sudan dalla Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO) ha valutato gli esiti della gravidanza e del parto in 28.393 donne con feto singolo nel periodo novembre 2001 - marzo 2003
Confrontate con le donne senza MGF, le donne che avevano subito, secondo la classificazione WHO, MGF di tipo II (rimozione di clitoride e piccole labbra) o di tipo III (rimozione di parte o tutti i genitali esterni, con sutura o restringimento della vagina) hanno riportato un aumentato rischio relativo, RR, per complicazioni del parto, rispettivamente: parto

cesareo RR 1.29 (intervallo di confidenza al 95%, IC 95%: 1.09-1.52), RR 1.31 (IC 95%: 1.01-1.70); emorragia del post-partum RR 1.21 (IC 95%: 1.01-1.43), RR 1.69 (1.34-2.12); prolungato ricovero ospedaliero RR 1.51 (IC 95%: 1.29-1.76), RR 1.98 (IC 95%: 1.54-2.54); rianimazione neonatale RR 1.28 (IC 95%: 1.10-1.49), RR 1.66 (IC 95%: 1.31-2.10); mortalità perinatale RR 1.32 (IC 95%: 1.08-1.62), RR 1.55 (IC 95%: 1.12-2.16); senza differenze statisticamente significative nel basso peso alla nascita RR 1.03 (IC 95%: 0.89-1.18), RR 0.91 (IC 95%: 0.74-1.11). La parità non ha modificato significativamente questi rischi.
Questi risultati depongono per un rischio di esito avverso che aumenta quanto maggiormente è estesa la MGF
Le mutilazioni genitali femminili sono una delle violenze cui ancora sono sottoposte milioni di donne nel mondo,un'aggressione diffusa in molti paesi arabi e africani e che in occidente rappresenta anche uno degli scogli nel confronto fra culture e religioni verso la costruzione di una reale convivenza interetnica. Le motivazioni sono svariate e spesso in contraddizione tra loro. Fondamentalmente la mutilazione stabilisce chi fa parte del gruppo sociale e la sua pratica viene mantenuta per salvaguardare l'identità culturale del gruppo. In alcune società le donne non mutilate vengono considerate sporche e a loro non è permesso maneggiare cibo o acqua. Le motivazioni sono così radicate ed antiche che esiste un rischio ancora più pericoloso, ed è quello di pratiche escissorie sulle bambine immigrate. In Italia è assolutamente vietato effettuare od aiutare in qualsiasi modo tali pratiche, ma non abbiamo la garanzia che sia realmente così. Infatti potrebbero essere effettuate all'interno della comunità di immigrati, o meglio a volte le bambine vengono mandate nel paese di origine per essere sottoposte all'infibulazione. Il divieto però, anche se pesantemente punitivo, non è determinante nella scelta di far praticare o meno le mutilazioni alle proprie figlie. Dimostrazione di quanto appena detto, il fatto che nonostante siano 19 i paesi africani nei quali è stata severamente vietata tale pratica essa continui a perpetuarsi in maniera illegale e quindi ancora più pericolosa e devastante. Le forme "medicalizzate" di MGF contano ormai per il 94% del totale dei casi in Egitto, per il 76% in Yemen, per il 65% in Mauritania e per poco meno di metà dei casi in Kenya e Costa d'Avorio. Questo tipo di evoluzione del fenomeno riduce il dolore ed alcune complicanze come emorragie o infezioni, ma ciò non toglie che resta una violazione dei diritti umani. La presenza di leggi anti MGF ha paradossalmente ridotto l'età media in cui si sottopongono le ragazze/bambine, ovviamente minore è l'età e maggiore la possibilità di eludere i controlli e indirizzato tali pratiche verso un mercato clandestino ancora più pericoloso. Nonostante ciò esistono però dei trend positivi, infatti alcune indagini hanno rilevato che sempre più ragazze riescono a sottrarsi a tali pratiche rispetto alle loro coetanee di qualche anno fa, senza contare che sempre più madri rinunciano a far sottoporre le proprie figlie alle MGF. Il 27 gennaio scorso, presso il Dipartimento delle Pari Opportunità si è riunita la Commissione MGF con tecnici esperti, rappresentanti di Regioni,ministeri della Salute, Lavoro e Istruzione, per accordarsi su azioni ed iniziative, sulla gestione del numero verde istituito per aiutare le donne vittime e madri di future vittime che volessero denunciare il rischio per le proprie figlie. E' stata proposta una legge che prevede la perdita della patria potestà per i genitori che sottopongono le figlie a tali pratiche, ma è stata bocciata perché interviene dopo la pratica e penalizzerebbe ancora di più le bambine che perderebbero anche i genitori. Esperienze passate dell'UNICEF o dell'ONU, hanno dimostrato che occorrono programmi reali di sensibilizzazione ed informazione sui diritti sessuali e riproduttivi, dando la consapevolezza che l'antica tradizione della castità femminile può essere recuperata con un percorso educativo che porti alla conoscenza della parità dei diritti. Occorre quindi prevenire questi comportamenti. E' necessario un intervento che sappia prima di tutto, identificare le piccole a rischio ed operare con le famiglie . Qui il nostro compito è solo parte di un ventaglio d'azione più ampio. In primo luogo va detto che tanto più le famiglie si sentono ben accolte e integrate in terra di immigrazione, tanto meno sentono la necessità di ricorrere a riti tradizionali per riaffermare la propria identità. Una cultura diffusa dell'accoglienza è quindi il primo presupposto. Per identificare le bambine a rischio occorre un lavoro di squadra tra pediatri,educatori,insegnanti e tra quanti altri possano trovarsi a contatto con le bambine e con le loro famiglie, evitando però allarmismi ed interventi clamorosi che possono essere controproducenti. Bisogna aiutare quindi le famiglie a capire che essere genitori in terra di immigrazione è differente da come lo era in terra di origine , ma non è essere "meno" genitori e che le loro figlie hanno bisogno di avere sia dei genitori presenti e partecipi, sia di integrarsi in quello che è il loro vero paese, in questo caso l'Italia. Hanno inoltre bisogno di capire che se le MGF hanno un significato nella terra di origine ,oltre ad avere gravi danni sulla salute, in terra di migrazione risulterebbero come una ulteriore emarginazione rispetto alle bambine di pari età,alle loro compagne di scuola, le loro vicine. E di tutto hanno bisogno i bambini stranieri tranne che di essere aiutati in un processo di emarginazione che già combattono con molte difficoltà. A tale proposito, anche il Ministero delle Pari Opportunità si è attivato con la distribuzione di opuscoli in varie lingue , per aiutare questi genitori nel difficile viaggio verso un cambiamento di tradizioni così fortemente sentite, ma allo stesso tempo pericolose e quindi da abbandonare per sempre per il bene delle loro figlie. Questo a riprova del fatto che tale fenomeno comincia a sentirsi fortemente anche nella nostra società.
Nel 2007 l'allora Ministro della Salute Livia Turco, ha elaborato delle linee guida destinate a figure professionali sanitarie ed altre figure che operano con le comunità di immigranti provenienti da paesi dove ancora si praticano le mgf, per realizzare un'attività di prevenzione e riabilitazione di donne e bambine già sottoposte a tali pratiche. A tal fine è stata fatta una ricognizione sui servizi offerti a livello regionale alle donne e bambine interessate. Sulla base degli elementi forniti sia per quello che riguarda la formazione del personale, sia per l'assistenza fornita che per le strutture dedicate, è venuto fuori che sono 13 le regioni (Valle d'Aosta,Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia e Sardegna) che si interessano di tale prevenzione. In alcune regioni sono presenti Strutture a livello centrale regionale con compiti di ricerca e formazione(Lombardia Emilia Romagna e Toscana).
In Emilia Romagna nel 2001 è stata fatta una ricerca autorizzata dal WHO per verificare le attuali opinioni sulle MGF di donne africane ed operatori sanitari, ma soprattutto fornire supporto educativo ai professionisti.
dati sono stati raccolti attraverso un questionario preparato dal WHO Collaborating Centre in Woman's Health
Si stima che in Regione siano presenti tra le 900 e le 1600 donne infibulate
I motivi inerenti alla vita riproduttiva sono i principali determinanti dell'accesso ai servizi ostetrico-ginecologici, ma non sono irrilevanti anche gli accessi

riconducibili alle complicanze a lungo termine dell'infibulazione (32.6%); solo nell'11% dei casi l'accesso è dovuto a una richiesta specifica di de-infibulazione, mentre non sono stati segnalati casi di richieste di re-infibulazione post-parto..
Il parto vaginale, con adeguati metodi di analgesia, rappresenta l'indicazione di scelta per il 59.4% dei professionisti, tuttavia il ricorso al taglio cesareo è indicato da un'alta percentuale (40.6%): tale fatto può essere riferito alla convinzione che una paziente infibulata sia automaticamente da considerarsi "ad alto rischio", ma anche alla scarsa conoscenza delle tecniche chirurgiche da attuare; La formazione specialistica risulta spesso inadeguata: solo il 13.9% dei professionisti ha seguito un corso o conferenza sull'argomento, pur avendo avuto in cura pazienti con MGF; è interessante a
questo punto rilevare che il 91.6% ha affermato di essere interessato a ricevere maggiori
informazioni al riguardo. il 40.6% dei professionisti di fronte ad
una donna con infibulazione completa ricorrerebbe al taglio cesareo per l'espletamento del parto; il 59.4% ha dichiarato di non considerare le mutilazioni genitali un deterrente per il parto vaginale, attuabile previa deinfibulazione, o episiotomia, secondo le necessità, eventualmente con adeguati metodi di analgesia.
Nell'ambito di una politica educativa nei confronti di tali tradizioni è stato proposto un metodo alternativo e non invasivo, che permetta alle famiglie che lo richiedessero, una sostituzione del rito. Il dr. Omar Abdulcadir e la Dr.ssa Lucrezia Catania ginecologi del Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Cura delle Complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, hanno presentato un documento per la valutazione di una procedura di esecuzione di una "sunna lievissima", tale terminologia è solo temporanea in quanto questo tipo di procedura non vuole in alcun modo essere accostata alle MGF. La procedura prevede, previa anestesia locale con crema EMLA, la puntura del prepuzio al di sopra del clitoride con una
lancetta monouso o con un ago in modo da far uscire poche gocce di sangue; infine si disinfetta con toccature di betadine uso locale. Questa procedura
si propone l'arduo obiettivo del superamento della violenza cui vengono
sottoposte numerose bambine che vivono in Italia ed Europa, nella consapevolezza, data da anni di ricerca nel settore, che una pratica antichissima come questa, per
quanto assurda e riprovevole ci possa apparire, non può essere eradicata con
una semplice affermazione di principio o con una legge che la vieti.
Questo, per quanto ammirevole è però ancora troppo poco per una nazione in cui il fenomeno migrazione, non solo è in netto aumento, ma è arrivato alla fase di seconda generazione dove i giovani entrano a far parte della società cercando di inserirsi al meglio. Occorrono infatti proposte di legge che prevedano non solo aiuti per le donne e le bambine, ma anche l'istituzione di corsi per la formazione specifica di medici, infermieri, psicologi che vanno ad operare ne centri specifici per i servizi riabilitativi e per tutta una serie di altri operatori come insegnanti, dirigenti scolastici e assistenti sociali che possono trovarsi famiglie di immigrati da educare in tal senso.
In conclusione è evidente che il fenomeno immigrazione si accompagna a fattori di rischio per la salute, particolarmente lesivi nell'età pediatrica in un epoca in cui la presenza di minori stranieri va assumendo considerevole e crescente rilevanza. In ogni caso la situazione in cui vivono questi bambini è condizionata dalla precarietà dei loro genitori e il disagio che grava sulla famiglia non può non incidere sulla identificazione positiva dell'identità e su una equilibrata maturazione psicologica del minore. La maggior parte degli immigrati proviene da paesi dove i comuni denominatori sono la povertà e le carenze igienico sanitarie e, in questo caso, retaggi culturali pericolosi per la salute dei bambini. E' nostro dovere quindi acquisire tutte le competenze scientifiche e culturali adeguate ed intervenire attivamente affinché sia garantito a questi bambini un livello di salute psico-fisica uguale a quello raggiungibile da tutti gli altri bambini della comunità nazionale. L'attenzione, il rispetto della dignità e della vita di tutti i bambini immigrati e non, è segno della maturità e solidità di una comunità civile. E pertanto tutti gli operatori della salute infantile dovrebbero avere ruoli di primo piano nella promozione della qualità della vita con un azione costante di vigilanza, monitoraggio e contrasto di possibili disuguaglianze.

BIBLIOGRAFIA
Mazzetti M. – Percorsi editoriali I*l dialogo transculturale in medicina* (2002).
Ismail Mohamed M. – Percorsi editoriali *Il corpo violato* (2002)
Bona G. – Editeam *Il bambino immigrato* (2003)
Morrone A. Novara A. – Editrice universo – *Female genital mutilations: legal and clinical aspects* (2005)

L'INFERMIERE PEDIATRICO E L'EMERGENZA URGENZA IN PRONTO SOCCORSO

Adriana Mirabelli

Infermiera Pediatrica U.O.C. Pediatria e Neonatologia Ospedale "S. G. Moscati" Aversa

Sono spaventati, sono preoccupati, sono disorientati, sono arrabbiati, sono i genitori dei bimbi che spesso giungono in pronto soccorso.
Analizziamo alcuni dei problemi che affrontiamo ogni giorno nell'espletare il nostro lavoro.
Sempre più frequentemente il P.S. sta diventando il principale fornitore di servizio rapido, provocando un sovraffollamento ingiustificato, lunghe attese, ed un uso improprio dei servizi di emergenza. Laddove era stato inserito il pagamento del ticket per le prestazioni di carattere non urgente non ha diminuito l'afflusso, tranne forse rinforzare le casse. Quindi ci ritroviamo con sale di attesa affollate dove c'è di tutto, e nel caso specifico della ns. struttura i bambini stazionano con gli adulti. Per ovviare a questo problema la cosa più semplice è fare la scheda al triage, con un' acquisizione di codice verde e percorrere un lungo corridoio, senza accompagnatori, che aumenta l'angoscia dei genitori, giungere nell'atrio dell'ospedale e di lì al quarto piano, dove si attende il proprio turno perché lì la fila è tutta pediatrica. Quindi i genitori che pensavano avere un urgenza non solo sono angosciati ma iniziano a spazientirsi; perché in questo caso l'anticamera non calma la rabbia, come sosteneva O. Wilde, ma la fa aumentare.
Il tutto molto spesso ricade sul personale infermieristico, che nei pochi minuti che mette il naso fuori della porta della medicheria di reparto, dà spiegazioni fuggevoli, per rassicurare i genitori nell'arco dell'attesa.
Una risposta in alcuni casi può venire dal "see and treat", nuova pratica di assistenza delle urgenze non urgenti sperimentata nel Regno Unito e in America.
See and treat sta per vedi e cura(lo). Giunti in P.S. i pazienti sono accolti da un infermiere che regola gli accessi e li indirizza al primo operatore libero medico o infermiere. L'operatore segue personalmente il paziente fino alla dimissione. La postazione di see and treat è posta nelle immediate vicinanze del P.S. vi è impegnato personale esperto appositamente formato e non dislocabile. Il fatto che si tratti di personale esperto e formato garantisce la qualità della prestazione.
In Italia questa esperienza è posta in atto in sei ospedali della Toscana
In un periodo non proprio florido, forse investire in corsi di preparazione, risulta sicuramente oneroso, ma ci sono dei piccoli interventi che forse potrebbero aiutare.
Nel nostro ospedale ad esempio una segnaletica adeguata potrebbe aiutare i genitori nel lungo percorso che li porta al reparto; una sala giochi che mascheri l'attesa dei piccoli pazienti permetterebbe di osservarli durante l'attesa e lo stesso potrebbe avvenire coi genitori, i quali vedendo la serenità dei propri figli calma il loro animo. Gli infermieri potrebbero raccogliere informazioni solo osservando i bambini e trascriverle su apposite schede da sottoporre al pediatra al momento della visita.
Altro discorso la rianimazione cardiopolmonare.
Quando un bimbo giunge in P. S. o è assistito dal personale dell'ambulanza chiamata in emergenza dai genitori, l'equipe è l'unico punto di riferimento di genitori che raramente riescono a dare notizie precise sull'accaduto e deve dimostrare di essere preparata e avere movimenti decisi e sicuri. Il linguaggio deve essere semplice, chiaro e preciso.
Le Linee guida AHA 2010 per RCP ed ECC consigliano di modificare la sequenza del BLS da A-B-C (Airway, Breathing, Chest compressions; apertura delle vie aeree, respiro e circolo) a C-A-B (Chest compressions, Airway, Breathing - circolo, apertura delle vie aeree e respiro) in adulti, bambini e lattanti (esclusi i neonati). Questa modifica fondamentale nella sequenza RCP richiede una formazione specifica per tutti coloro che sono stati addestrati alla RCP, ma gli autori e gli esperti che hanno partecipato alla stesura delle Linee guida AHA 2010 per RCP ed ECC convengono sul fatto che il beneficio giustifichi l'impegno necessario.
Sebbene la rianimazione cardiopolmonare, è in continuo divenire, in America per far fronte a tutte le situazioni non previste eseguono esercitazioni sui manichini, ponendo come emergenza situazioni paradossali del tutto nuove o impreviste. L'ausilio di manichini con effetti sonori e la pronuncia di alcune frasi, da una simulazione degli interventi, soprattutto sull'attuazione delle compressioni sul torace; non ci sono studi che specificano l'essenzialità del loro uso, ma le simulazioni così veritiere agevolano sicuramente l'attuazione delle manovre. Nei cinque anni che intercorrono tra gli aggiornamenti delle linee guida, comunicazioni scientifiche provvisorie possono informare il personale sanitario sulle nuove terapie che potrebbero influenzare significativamente la prognosi.
Un supporto all'equipe di Pronto soccorso potrebbero essere il nastro o il tappeto di Broselow.
In effetti sia la borsa da emergenze che il carrello sono coordinati al nastro o al tappeto di Broselow, sul nastro sono riportate le misure della lunghezza del bambino che si soccorre ed in base alla misura corrispondente si può stabilire quale farmaco e in che dosaggio usare. Spesso, infatti, i soccorritori si rivolgono ai genitori per conoscere eventualmente il peso del bambino che stanno assistendo, ma trattandosi di momenti di naturale confusione emotiva, molto spesso i genitori non ricordano il peso del loro bimbo e quindi si rischia di cadere nell'approssimazione nel dosaggio dei farmaci.
Possedere un equipaggiamento dedicato facilita molto gli operatori nel soccorrere un bambino; non tanto quando ciò avviene in un reparto di pediatria dove tutti sanno dove ogni cosa è posta, ma soprattutto in un P.S. dove i colleghi infermieri non hanno dimestichezza con le misure ed i dosaggi pediatrici la coordinazione nastro carrello aiutano in quei primi attimi di soccorso che sono spesso vitali per un intervento urgente.

Sitografia:
See and Treat : l'evoluzione del triage modello sperimentale anglosassone
Benci L. (2010) *See&Treat diritto d'infermiere* – Il sole 24 ore sanità.
Sintesi delle linee guide del 2010 dell'American Heart Association per RCP ECC
http:// www.infermieristicapediatrica.it: Utilizzo del nastro di Broselow;
Agarwal S, Swanson S, Murphy A et al. Comparing the utility of a standard pediatric resuscitation cart with a pediatric resuscitation cart based on the Broselow tape: a randomized, controlled, crossover trial involving simulated resuscitation scenarios. Pediatrics. 2005;116:e326-33.

RUOLO TECNICO ED UMANO DELLE FIGURE INFERMIERISTICHE IN PEDIATRIA E NEONATOLOGIA.

Vincenza Lovisi, Anna Pozella

Pediatria Ospedaliera, Sapri

L'ordinamento italiano consente l'espletamento delle attività infermieristiche in ambito pediatrico all'infermiere di cure generali e all'infermiere pediatrico.
Senza ripercorrere tutto l'iter storico di questi ultimi decenni, accenniamo solo che in Italia esistono due diversi percorsi formativi per l'assistenza pediatrica: il master in area pediatrica, destinato a chi abbia già acquisito la laurea in infermieristica e il corso di laurea in infermieristica pediatrica della durata di tre anni, al termine del quale si acquisisce il titolo di infermiere pediatrico.
L'ambito di intervento e quindi di responsabilità giuridicamente ed operativamente attribuito ed attribuibile alla figura professionale infermieristica è normato dalla Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che all'art.1 "Definizione delle professioni sanitarie" comma 2 così detta:
2. … *Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie… è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici.*
L'attività specifica in ambito pediatrico è determinata, dunque, dal Decreto 17 gennaio 1997 n.70 del Ministro della Sanità (che istituisce il profilo professionale dell'infermiere pediatrico**)** dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post-base e dal codice deontologico dell'infermiere (2009).
In base a tale norma gli infermieri pediatrici partecipano all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica dei soggetti in età evolutiva e della famiglia; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario dell' attività dell'operatore di supporto. Contribuiscono, inoltre, alla formazione di qust'ultimo e concorrono all'aggiornamento relativo al profilo professionale e alla ricerca.

Diversamente dal passato e da quei processi di erogazione dell'assistenza in età evolutiva, quando il bambino era considerato un *"uomo in miniatura"* ed il percorso assistenziale era sovrapponibile al nursing di un paziente adulto, l'assistenza infermieristica pediatrica si è progressivamente focalizzata sulla promozione di azioni in risposta alle "*esigenze psicofisiche dell'età evolutiva, attraverso una pianificazione assistenziale basata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, con attenzione al miglioramento della qualità delle degenze e degli interventi diagnostico-terapeutici, in modo da essere sempre più rispettosi dei bisogni affettivi, cognitivi ed espressivi del bambino, in considerazione delle diverse fasi di sviluppo infantile"* (D.M. 24 Aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno infantile" relativo al P.S.N. per il triennio 1998-2000). Ovviamente, ogni *correla-azione* è proporzionale all'età del bambino: quanto più è piccolo o malato tanto più saranno evidenti queste esigenze, con la conseguente necessità di soddisfarle. Inoltre, oggi sappiamo che il benessere del bambino è inestricabilmente legato al benessere della sua famiglia e della comunità in cui vive: questo principio è la base su cui si fonda la "Family Centered Care".

La "Family Centered care" è una modalità di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute e l'accettazione del contributo e del coinvolgimento della famiglia nel piano assistenziale. Ne consegue che gli obiettivi assistenziali devono basarsi direttamente sulle caratteristiche del bambino e della famiglia (età, sesso, istruzione, caratteristiche socio economiche e culturali, capacità di affrontare i problemi, condizioni fisiologiche ed emotive) e soprattutto gli obiettivi sono accettabili se pianificati *"per e con"* il bambino e la famiglia, già dal momento del ricovero fino al momento delicato della dimissione e del rientro nella vita quotidiana familiare. L'assistenza centrata sulla famiglia richiede che l'infermiere possegga ed usi conoscenze professionali e abilità per supportare la partecipazione del bambino e della famiglia nell'ambiente ospedaliero e nella comunità.

L'assistenza pediatrica si sta orientando sempre più verso metodiche ed approcci "child-friendly", ed il contributo della professione infermieristica si sviluppa nell'applicare i principi che sono alla base dell'"Atraumatic care", la filosofia di fornire assistenza terapeutica attraverso l'uso di interventi atti ad eliminare o minimizzare il disagio psicologico e fisico vissuto dai bambini e dalle famiglie durante l'ospedalizzazione (Whaley e Wong, 1995). Questo principio si attua minimizzando la separazione del bambino dalla famiglia, identificando i fattori di stress bambino / famiglia, riducendo al minimo o prevenendo il dolore, e promuovendo la partnership tra genitori e professionisti. In questo percorso il ruolo dell'infermiere pediatrico diventa fondamentale e nel suo operare non si può parlare separatamente dell'aspetto tecnico e di quello umano perché si è chiamati, giorno dopo giorno, a prendersi cura della "salute globale" dei piccoli pazienti. Infatti, la professione infermieristica non si basa soltanto sulla pur importantissima competenza tecnica, ma sulle capacità relazionali dell'operatore che fornisce un vero e proprio "aiuto" globale al paziente. Il "caring" è l'essenza della disciplina infermieristica e, per questo motivo, è necessario che sia presente in tutti i campi d'attività. La relazione professionale d'aiuto è uno strumento per il processo assistenziale, è un rapporto dinamico che si fonda sull'interazione-scambio tra due o più persone di cui una è in difficoltà (Rogers). Caratteristiche della relazione d'aiuto sono: la fiducia, l'empatia, il calore, l'interessamento, l'accettazione e l'autenticità, l'autonomia e la reciprocità. I valori umani sono al centro della cura come base dell'esperienza dell' "essere con" la persona assistita, ritenendolo come il nucleo dell'esperienza dell'essere con il paziente. Il coinvolgimento dell'infermiere si evince dalla sua disponibilità a mettere in gioco la globalità del proprio essere per poter "sentire" i bisogni non espressi della persona assistita, questo è essenziale nei reparti di pediatria e di neonatologia ove la comunicazione verbale dei piccoli soggetti, in relazione all'età, è assente o ancora poco sviluppata. L'incontro, allora, poggia sui così detti "gesti di esplorazione" e risulta tanto più efficace quanto più in esso gli operatori sanitari ravvisano gli elementi che caratterizzano l'utente. Secondo le

antropologhe Els van Dongen e Riekje Elema (2001) il nursing è "un'arte di toccare", poiché l'efficacia del tocco è centrale. Il tocco riveste un doppio significato, l'intreccio non separabile fra un aspetto tecnico e una dimensione emozionale. Non dobbiamo dimenticare che il lavoro infermieristico ha a che vedere con gli aspetti più antichi dell'aver cura dei corpi altrui: alimentarli, lavarli, aiutarli a muoversi, stare loro accanto mentre muoiono…Questi aspetti della relazione intercorporea sono, oggi, al centro della ricerca antropologica sull'attività del nursing.

Certo molta strada deve essere ancora fatta, ma l'infermiere, in funzione della sua specifica responsabilità professionale, con la sua ricca dimensione relazionale, educativa, negoziale, deve essere il promotore/sostenitore di questo cambiamento. Se vogliamo umanizzare l'assistenza nel contesto di una medicina altamente tecnologica (attenzione: il rischio tecnicistico non riguarda la dimensione tecnica in sé, ma il contesto relazionale nel quale l'assistenza viene esercitata) dobbiamo riscoprire la capacità di "ascoltare con il cuore" le persone a cui prestiamo assistenza.

"L'essenza del Nursing, come ogni altra delle belle arti, non sta nell'esecuzione meccanica dei dettagli e neanche nell'abilità dell'esecutore, ma nell'immaginazione creativa, nello spirito sensibile e nella intelligenza che stanno dietro queste tecniche e abilità. Senza di essi l'assistenza può diventare un mestiere altamente specializzato ma non può essere né
una professione né una bella arte. Tutti i riti e le cerimonie che il culto moderno dell'efficienza può escogitare e tutte le nostre elaborate apparecchiature scientifiche non ci possono salvare, se gli elementi intellettuali e spirituali della nostra arte sono subordinati a quelli meccanici e se i mezzi sono considerati più importanti dei fini." (Isabel Steward, 1929)

Bibliografia

Griffin T, *Family-centered care in the NICU*. J Perinat Neonatal Nurs. 2006; 20:98-102
Glasper A, Richardson J., "*A textbook of Children's and young people's nursing*". Ed. Elseiver, 2006
Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*. McGraw-Hill, 4° edizione giugno 2005
Van Dongen, Els; Elema, Riekje, *The art of touching: The culture of 'body work' in nursing*. Anthropology & Medicine; Aug/Dec 2001, Vol. 8 Issue 2/3, p.149
P.Badon-A. Zampieron, *"Procedure infermieristiche in pediatria*". CEA, Milano, 2010

MULTIETNICITÀ IN PEDIATRIA

Maria Concetta Regia Corte

Ospedale San Pio da Pietrelcina, Vasto (CH)

La presenza sempre più significativa di migranti nel nostro paese, comporta una maggior cura e attenzione per i loro bisogni di salute.
Alla luce di un' utenza che cambia, agli infermieri si pongono nuove sfide nella presa in carico dell'utente; si presentano nuovi orizzonti di salute e malattia.
Il concetto di Nursing Transculturale di Madeleine Leninger e il suo modello del Sole Nascente, ci ricorda che l'infermiere concepisce la sua opera di assistenza in modo universale.
Con queste premesse ci chiediamo se i nostri ospedali o i nostri servizi sono in grado di garantire un' accoglienza adeguata.
L'incontro con lo straniero è spesso vissuto dal professionista come un evento stressante, inducendolo anche in modo inconsapevole, ad attivare meccanismi di difesa che diventano ostacolanti per una buona presa in carico della persona.
Nell'approccio transculturale la diversità deve essere considerata una risorsa, e solo attraverso le differenze che possiamo accrescere la nostra conoscenza della realtà che ci circonda (Bateson, 1976).
Uno studio statistico della Caritas- Migrantes del 2007 ha dimostrato che le cause più frequenti di ricoveri per le donne in ospedale sono dovuti ai parti naturali e alle complicanze della gravidanza;
per questo che la cultura pediatrica è chiamata a contribuire alla formazione ed allo sviluppo dell'educazione interculturale.
Il bambino diventa in questo modo il protagonista attivo della vita sociale, detentore di diritti, un cittadino del mondo.

LA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: UMANITÀ E PROFESSIONALITA DEGLI INERMIERI PEDIATRICI

Roberta Guardione[1], C. Romano[1], L. Stoppa[1], P. Di Maio[2]

[1] *S.C. Neonatologia - Dipartimento di Ostetricia e Neonatologia – A.O. Regina Margherita – S.Anna (To)*
[2] *S.S. Blocco Operatorio – Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica Pediatrica – A.O. Regina Margherita – S. Anna (To)*

La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) è un ambiente fortemente tecnologico, dove il coinvolgimento nelle procedure terapeutiche, l'uso di apparecchiature sofisticate, l'urgenza in situazioni critiche, sposta spesso l'attenzione sul "saper fare". Sovente si agisce sul neonato dimenticando che, al di là della stabilizzazione delle funzioni vitali, il piccolo necessita anche di altre attenzioni come la vicinanza dei genitori. Fu grazie soprattutto agli studi di Brazelton e alla sua scala di valutazione comportamentale negli anni '60 e più tardi ad Als, nel '82, con la teoria sinattiva, che fu possibile dare una vera dignità al neonato fino ad allora considerato un "contenitore passivo di stimoli esterni".
La ricerca scientifica in campo neonatale svoltasi negli ultimi anni ha compiuto passi da gigante nella cura dei neonati permettendo la sopravvivenza anche di quelli con un età gestazionale molto bassa (23-24 settimane). Gli studi sulla prematurità e le patologie a essa connesse, l'utilizzo di apparecchiature diagnostico terapeutiche e l'impiego di nuovi farmaci hanno notevolmente migliorato sia il livello tecnico-assistenziale offerto ai piccoli pazienti, sia le dinamiche relazionali interne all'Unità Operativa (U.O.), soprattutto nei rapporti interpersonali genitori/operatori che sono diventati sempre più complessi [1].
Il personale si trova quindi a dover gestire quotidianamente neonati molto problematici e di conseguenza anche le loro famiglie, per lunghi periodi di tempo (2-3 mesi e oltre) in un clima di grande incertezza per entrambi, dovuto all'alternarsi di momenti di speranza in cui le condizioni di salute del piccolo sembrano migliorare ed altri di dolore per improvvisi peggioramenti se non, qualche volta, per il sopraggiungere della morte.
Attualmente l' Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale del S. Anna di Torino è impegnata nel miglioramento della qualità di vita del neonato e della sua famiglia, per far ciò è stato necessario riorganizzarsi con nuove procedure assistenziali basate sui principi di umanizzazione e care.
È stato, quindi, implementato un programma di assistenza personalizzata allo sviluppo neurocomportamentale del neonato ricoverato in TIN incentrato sulla famiglia (4 operatori di cui 2 neonatologi e 2 infermiere pediatriche sono impegnati a conseguire la certificazione NIDCAP).
È stato creato un team multidisciplinare composto da psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, mediatrici culturali e operatori sanitari (personale infermieristico e medico) che si riunisce due volte al mese con il gruppo dei genitori, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza erogata favorendo altresì la partecipazione attiva dei genitori nel processo assistenziale.
In virtù degli input ricevuti nelle riunioni periodiche, l'ingresso dei genitori in terapia intensiva è consentito dalle 8 alle 20, la prospettiva futura, in attesa dell'ampliamento del reparto, è quella di aprire i locali 24h/24. Inoltre, al momento dell' uscita dalla culla termica è promossa una "care della famiglia allargata", intesa come presentazione ai parenti, non di primo grado, del bambino, dei risultati ottenuti e delle sue prospettive future, affinchè siano adeguatamente preparati all' "ingresso in società" del piccolo "debuttante" [2].
Contestualmente al processo di umanizzazione è stato avviato un programma formativo che coinvolgesse tutti gli operatori con obiettivi plurimi. A tale scopo sono stati inizialmente individuati diversi gruppi di lavoro all'interno dell'U.O. attraverso l'utilizzo del *Team Dimensions Profile,* strumento costituito da 12 items, ognuno dei quali ulteriormente suddiviso in quattro sottopunti [3].
I profili identificati dal questionario sono 5: *creator* (colui che utilizza un approccio concettuale)*, advancer (*utilizza un approccio di tipo spontaneo) *, refiner* (utilizza un approccio metodico)*, executor* (colui che utilizza un approccio di tipo prescrittivo)*, flexer* (sono coloro che combinano i precedenti 4 ruoli).
I questionari sono stati distribuiti a tutto il personale infermieristico nel mese di gennaio 2010 e l'elaborazione dei risultati ottenuti ha permesso la formazione di 4 gruppi di lavoro, ognuno costituito dall'integrazione di 4 operatori dai differenti profili e con a capo un team leader, aventi obiettivi diversi:

1. Gruppo sostegno dei genitori (empowerment del paziente, creazione del libretto di accoglienza)
2. Gruppo gestione del macro e microambiente (introduzione di nuovi devices atti a ridurre gli stimoli esterni)
3. Gruppo gestione del dolore nel neonato (implementazione delle scale algometriche neonatali all'interno dell'U.O.)
4. Gruppo "care del personale" (condivisione dei momenti di formazione continua, audit giornalieri, aggiornamento dei protocolli di reparto)

La prossima sfida è rappresentata dal miglioramento della qualità dei flussi informativi/ comunicativi tra professionisti sanitari e genitori.
Ciò si è reso necessario in quanto sino ad oggi la comunicazione tra operatori sanitari e genitori dei neonati ricoverati è stata prevalentemente affidata al buon senso, all'esperienza e alla predisposizione empatica individuale. Sharon Cone, nel suo studio "*The Impact of Communication and the Neonatal Intensive Care Unit Environement on Parent Involvement*" afferma che normalmente uno scambio comunicativo tra professionisti sanitari e genitori in una TIN avviene per quelle che vengono definite dall'autore le "6 C"[4]. Le "6 C"non sono altro che le occasioni nelle quali gli operatori comunicano con la famiglia; esse sono:

- ✓ Convenienza: i genitori si trovano nel posto giusto al momento giusto e al professionista conviene comunicare con loro in quell'istante,
- ✓ Condoglianza: l'operatore comunica con la famiglia per offrire un sostegno e supporto dopo un evento imprevisto e avverso,
- ✓ Congratulazione: il professionista comunica per congratularsi e dare buone notizie ai genitori in seguito ad un miglioramento delle sue condizioni cliniche,
- ✓ Crisi: quando le condizioni del neonato peggiorano, l'operatore sanitario informa la famiglia su ciò che sta accadendo e su come stanno agendo,
- ✓ Conflittualità: un membro dello *staff* media tra i genitori e gli altri professionisti in caso di problemi nella relazione,
- ✓ Consenso: il professionista deve contattare i genitori per richiedere il consenso alle cure.

Un corretto scambio di informazioni tra i professionisti che si alternano nella cura del neonato è indispensabile per fornire informazioni congruenti e concordanti sulle condizioni del neonato ai genitori, evitando misunderstanding, che andrebbero ad alimentare irrimediabilmente una situazione di ansia e stress dovuta al disorientamento e alla totale perdita dei punti di riferimento in un ambiente estraneo [5].
Tutti gli studi sino ad oggi pubblicati in letteratura supportano la tesi che l'informazione deve essere chiara e comunicata in termini semplici e coerenti tra i diversi operatori, tuttavia non è stato ancora identificato uno strumento gold standard che documenti e guidi il professionista in questo delicato momento [6]. Di qui, l'esigenza di una "cartella delle comunicazioni", che riporti il succedersi dei principali interventi comunicativi e le informazioni fornite alla famiglia di quel particolare neonato all'interno del reparto di Terapia Intensiva Neonatale.
Concludendo sono stati proposti due interventi volti ad introdurre nell'U.O. la cartella delle comunicazioni:

- ✓ sviluppo delle pratiche di *counselling* e quindi di buone pratiche comunicative, attraverso corsi di formazione ad hoc.
- ✓ training a tutti i professionisti sulle modalità e sul tempo necessario alla compilazione della cartella, sottolineandone l'utilità nelle comunicazioni con i genitori.

Bibliografia/Sitografia

1. Federica Picelli, Proposte di cambiamento in ottica sistemica in una Terapia Intensiva Neonatale, Tesi di laurea consegnata alla scuola di counselling, Panta Rei, Milano, 2002-2003 p.5.
2. Guardione R, Di Maio P. Implicazioni etiche dell'assistenza infermieristica in TIN. Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche. 2010 Ottobre; 3 Suppl 3:S15-6.
3. http://www.internalchange.com/disc_profile_store/mall/sample_reports/teamdimension2sample.pdf [consultato il 10/07/2011]
4. Sharon Cone,"The Impact of Communication and the Neonatal Intensive Care UnitEnvironement on Parent Involvement," Newborn and Infant Nursing Reviews 7 (2007), p. 36.
5. Tilly Reid, Ros Bramwell, Nicola Booth e Michael Weindling, "Perceptions of parent-staff communication in Neonatal Intensive Care: the findings from a rating scale," Journal of Neonatal Nursing 13 (2007), p.72.
6. Federica Picelli, Proposte di cambiamento in ottica sistemica in una Terapia Intensiva Neonatale, p. 18.

LA FIGURA DELL'INFERMIERE NELL'UMANIZZAZIONE DELLE CURE E NELLA COMUNICAZIONE

Teresa Lo Guercio, Anna Pozella

Prendersi cura anziché curare è il cambiamento culturale che in questi ultimi anni ha contraddistinto gli operatori più sensibili e attenti che agiscono in ospedale e quelle Direzioni Generali e Sanitarie che hanno deciso di assumersi un impegno sulla strada dell'umanizzazione. Prendersi cura significa accogliere la persona ammalata con le sue necessità di cura ma anche con i suoi bisogni emotivi, affettivi, culturali. Rendere il nostro agire "umano", nello specifico, significa mettere al centro il bambino, l'adolescente e i loro familiari, perché il loro mondo non abbia a subire, oltre la malattia e i suoi segni, ferite o carenze che potrebbero lasciare nel vissuto di ciascuno cicatrici importanti (V. Carnelli, presidente ABIO).

Per promuovere l'umanizzazione dell'assistenza pediatrica sono stati attivati e sono in attivazione una serie di iniziative tendenti a mettere il piccolo paziente e la sua famiglia al centro dei processi assistenziali quali l'adozione della Carta dei diritti dei bambini in ospedale (in Italia le più note sono quella dell'ABIO e dell'AOPI), il miglioramento dei rapporti interpersonali tra Personale medico, infermieristico, i bambini ricoverati e i loro genitori (cultura dell'accoglienza); la possibilità che il bambino e l'adolescente vivano i propri normali ritmi di vita anche durante il ricovero (attività ludico - espressive e scolastiche, rapporti sociali); maggiori livelli di comfort alberghiero; adozione di tecniche per aiutare i bambini ad alleviare o ridurre il dolore ed attenuare la paura e l'ansia; attività di supporto con clowns, musicisti e operatori che con l'ausilio di animali sono sempre più presenti in corsia e, nell'ottica di un approccio globale alla cura, prendono parte attivamente al percorso terapeutico del bambino.

(A proposito di dolore, non possiamo non ricordare e non ringraziare la Fondazione Livia Benini di Firenze, nella persona di Lucia Benini, per tutto quello che è stato fatto, nel corso di qusti ultimi anni, per alleviare o eliminare il dolore nei bambini).

Allo stato attuale, in sanità, dominano i concetti di diritto, di flessibilità, di dinamismo, di complessità. L'agire infermieristico "al servizio di …" si caratterizza, per la capacità/abilità e per la riconosciuta competenza di "*leggere il presente* ed *ipotizzare un futuro migliore"* (M. Nucchi). Consideriamo il Nursing una relazione di aiuto, maggiormente incentrata sul "caring" anziché sul "curing", relazione necessariamente mediata dalla comunicazione, diventa, quindi, evidente che l'assistenza, per essere efficace, richiede la conoscenza dell'assistito (bambini e genitori), al fine di adottare una risposta adeguata al bisogno particolare. Il bambino, come già evidenziato, è un'entità sistemica con la famiglia e, come avviene per i pianeti, qualsiasi variazione d'orbita dell'uno influenzerà quella dell'altro, quindi qualsiasi problema del bambino influenzerà in maniera importante l'intero nucleo familiare e viceversa (R.Arigliani). Avere un figlio ospedalizzato è un evento stressante per i genitori. Lo stress è sempre presente, indipendentemente da gravità, durata della malattia, lunghezza dell'ospedalizzazione, anche se in gradi differenti e con differenti manifestazioni a secondo del proprio vissuto.

La comprensione del significato delle esperienze infantili, richiede l'analisi di diverse variabili quali: età e sviluppo cognitivo, sviluppo e stile emozionale, adattamento sociale e qualità delle relazioni familiari. Nei bambini le capacità cognitive, emotive, affettive sono ancora incomplete, in maniera differenziata rispetto all'età e al livello di sviluppo (anche se i bambini spesso ci stupiscono, capendo di più rispetto a quanto noi possiamo pensare!).

L'esperienza di ospedalizzazione in età infantile costringe il bambino ad affrontare diversi disagi quali la difficoltà a comprendere la malattia, la separazione e il conseguente passaggio dall'ambiente familiare a quello sconosciuto dell'ospedale. Il bambino alle prese con un corpo che "non funziona" e che non riesce a controllare, focalizza la sua attenzione sugli stati interni, con il risultato di accentuare il significato della malattia e alterare la percezione del Sé Corporeo. I piccoli degenti hanno un'idea limitata di ciò che succede in ospedale (ignorano cosa hanno, ricevono informazioni parziali o informazioni scorrette che non trovano corrispondenze nella realtà,) per questo le procedure assistenziali sono percepite come aggressioni gratuite di fronte alle quali il bambino si sente impotente. Anche per i fanciulli e gli adolescenti, l'ospedalizzazione e l'esperienza di malattia, soprattutto se cronica, assume un significato di ostacolo dell'autonomia e dell'espressione personale, interferendo con i processi di costruzione di un solido sentimento di identità personale. Tutto ciò sfocia in ansia e altri disturbi psicologici. Il disagio del bambino, quando presente, emerge sotto forma di modalità spesso diverse dalla verbalizzazione: diventa, quindi, essenziale osservare i comportamenti. Passività, scarsa iniziativa, dipendenza e regressione, introversione, chiusura, ansia da separazione, somatizzazione, enuresi, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, aggresività, ansia e depressione, scarsa autostima, inadeguatezza e inferiorità, distorsioni comportamentali, sono solo alcune delle manifestazioni del disagio del bambino a cui l'infermiere non può non prestare attenzione per una "comunicazione efficace".

L'infermiere pediatrico instaura una relazione d'aiuto autentica ed efficace quando è consapevole e responsabile nell'uso degli strumenti della comunicazione e della relazione.

Un obiettivo essenziale che gli infermieri devono prefiggersi è certamente quello di poter comunicare, sia con il linguaggio verbale sia con quello non verbale, e di comprendere, specialmente in determinate situazioni, ciò di cui il piccolo malato e la famiglia hanno bisogno.

Alcuni principi sottesi ad una comunicazione efficace sono: la bidirezionalità (parlo e ascolto), la semplicità del lessico (adattarlo alla comprensione del bambino e alla cultura della famiglia), l'assicurarsi che il messaggio sia stato compreso. Prendersi del tempo per spiegare e ascoltare, ricordando che questo non è tempo perso ma parte integrante del processo di nursing. I bambini, inoltre, preferiscono comunicare per metafore, facendo ricorso, spesso, alle loro fantasie, soprattutto per comunicare i vissuti affettivi. Con gli adolescenti, invece, è preferibile utilizzare termini vicini alle loro consuetudini di gergo, senza però perdere di vista la loro necessità quasi morbosa di mostrarsi adulti. Con l'adulto il discorso è ovviamente diverso e dipende da fattori quali: lo status sociale, la professione, la cultura, ecc…

In generale, con i bambini occorre parlare e spiegare cosa si sta per fare e perché, spiegarlo sempre prima di agire, ascoltare le richieste/difficoltà che emergono (specialmente attraverso la CNV: espressioni facciali, contatto oculare, gesti e movimenti del corpo, postura, distanza e contatto fisico, tono di voce, abbigliamento e aspetto esteriore), avere rispetto, essere empatici, utilizzare il gioco, il sorriso, un po' di fantasia…

L' infermiere, insieme agli altri operatori del settore pediatrico, deve creare per quanto possibile un ambiente (fisico ed emotivo) significativo per il bambino, che possa ridurre le situazioni traumatiche, in modo tale che le emozioni primarie, vissute in condizioni di disagio e di sofferenza si trasformino in emozioni positive, riuscendo ad avvalersi del sentire interiore per raggiungere l'obiettivi terapeutico dello star bene.
Quanto finora detto non ha la pretesa di essere esaustivo dell'argomento ma trattasi solo di input che devono indurci ad approfondire e comprendere i meccanismi relazionali in età evolutiva e i principi di comunicazione che ne derivano, per permettere a noi infermieri di stabilire una relazione di aiuto efficace, utile sia al bambino che alla famiglia ed evitare che le procedure di nursing pediatrico producano effetti negativi sullo sviluppo psicologico del bambino.

Concludiamo, portando alla vostra attenzione un' importante iniziativa dell'ABIO Italia e della SIP (Società Italiana di Pediatria), insieme a PROGEA/Joint Commission International: la realizzazione del Manuale per la certificazione della Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale. Arriva il " bollino di qualità" per le Pediatrie " a misura di bambino": una certificazione che consentirà di misurare "l'umanizzazione" dei reparti e di verificare in quale strutture del paese trovano concreta applicazione i principi sanciti dalla Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale. "…Non è certo una medaglia – afferma il presidente della SIP Prof. Ugazio – da appuntarsi al petto. È piuttosto strumento indispensabile per migliorare la qualità delle cure, per garantire ai bambini che hanno bisogno delle nostre pediatrie ospedaliere un'assistenza più sicura, più efficace e centrata sulla persona del bambino." "… Considero la stesura della (nuova) Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale e di questo Manuale per la certificazione della Carta come uno dei momenti autenticamente più alti della Pediatria Italiana di quest'ultimo decennio" (A.Ugazio).

"E' faticoso frequentare i bambini.
Avete ragione; poi aggiungete: perché bisogna mettersi al loro livello, abbassarsi, inclinarsi, curvarsi, farsi piccoli. Ora avete torto. Non è questo che più stanca.
E' piuttosto il fatto di essere obbligati ad innalzarsi fino all'altezza dei loro sentimenti.
Tirarsi, allungarsi, alzarsi sulle punte dei piedi. Per non ferirli… "

(Janust Korczak da "Imparare a dirsi addio" Proedi Editore, di Eliana Adler Segre)

Bibliografia

P.Badon-A. Zampieron, "*Procedure infermieristiche in pediatria*". CEA, Milano, 2010
ABIO e SIP (2010), *Manuale per la certificazione della "Carta dei diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale".* Erser Grafiche, Milano.
Capelli F. e Cardoni F. (2010), *Mi prendo cura di te – L'ospedale e i tuoi diritti.* Giunti Progetti Educativi, Firenze.
R. Arigliani (2008), *L'importanza della comunicazione in pediatria.* Relazione al Congresso Nazionale SIP – Genova.

ABSTRACT

ABSTRACT
NEONATOLOGIA

LA SINDROME DI KABUKI, DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Alfonso D'Apuzzo, Giuseppe Miranda, M.A. Cascone*, G. Mascolo*, Antonio Ambrosio.

Clinica S. Lucia S. G. Vesuviano, Pediatria Ospedaliera ASL Na 3 Sud, Lucia Ponticielli**.*

La sindrome di Kabuki o sindrome di Niikawa- Kuroki dai nomi dei primi Autori, che separatamente la descrissero nel 1981, è una condizione caratterizzata da anomalie congenite multiple e ritardo mentale. L'aspetto degli occhi, che somiglia al trucco degli attori del teatro giapponese (kabuki), ha suggerito il nome alla sindrome.. In Giappone l'affezione ha un'incidenza di 1/32.000 neonati. Si ipotizza una trasmissione mendeliana di tipo autosomico dominante. Sul piano clinico le principali caratteristiche della sindrome sono: facies dismorfica con rime palpebrali lunghe , sopracciglia sparse e diradate nel terzo laterale, ipertelorismo o telecanto, un ritardo di crescita di grado lieve e ad esordio postnatale, un deficit di sviluppo psichico di grado lieve o moderato , ed anomalie dei dermatoglifi con persistenza di polpastrelli fetali. Il nostro paziente è un bambino di anni 4 , nato a termine da t.c. elettivo. L'ecografia prenatale aveva evidenziato una malformazione cardiaca (DIV) e rene multicistico. Alla nascita distress respiratorio per cui veniva ricoverato in una struttura di 3° livello ove veniva confermata la cardiopatia congenita. Il piccolo sin dalla nascita ha presentato una facies dismorfica . Durante il 1° anno di vita è stato osservato ritardo dello sviluppo psicomotorio e della crescita staturale e diversi episodi di infezioni delle prime vie respiratorie. L?E:O: evidenzia facies dismorfica con sopracciglia arcuate, rime palpebrali lunghe con eversione della porzione laterale della palpebre inferiori, globi oculari prominenti, padiglioni auricolari grandi e retro ruotati. Peso ed altezza inferiori al 3° percentile , lassità legamentosa , polpastrelli ben evidenti e rilevati di tipo fetale. Eta' ossea ritardata. Cariotipo nella norma. L'elevata incidenza di problemi uditivi, visivi e cardiaci impone una valutazione periodica dell'udito, della vista ed esami ecocardiografici e follow-up della crescita che potrebbe sottendere un deficit transitorio del GH. La diagnosi di sindrome di Kabuki è descrittiva.

UNO "STRANO" RIFIUTO DEL BIBERON

R. Musaico[1], G. Barracchia[1], F. Moscatelli [1], N. Leonettti [1], B. Cassano[1], A. Cannone [1], M. Di Noia[1], P. Ferrante[1], V. Fortunato[1]

[1]*U. O. Pediatria-Neonatologia ospedale Lorenzo Bonomo, Andria BT*

INTRODUZIONE

Caso di fistola tracheo–esofagea..

La fistola tracheo-esofagea senza atresia rappresenta il 3% delle forme di atresia dell'esofago e può non essere riconosciuta in epoca neonatale. Puo' manifestarsi con focolai broncopneumonici ricorrenti e/o sintomi respiratori durante l'alimentazione.

CASO OGGETTO

Mattia (M.), neonato dell'età di 14 giorni, si ricovera da noi per iperpiressia, lamento ed inappetenza.

All'esame obiettivo M. presenta tachipnea, tachicardia, pianto flebile, iperpiressia e pallore. La saturazione è soddisfacente. Assenza di segni neurologici. Gli unici esami patologici sono: leucocitosi neutrofila, PCR 169 mg/L (v. n. fino a 5) e Procalcitonina 10.57 ng/ml, (v. n. fino a 0.5). Rx torace mostra un opacamento disogeneo dell'emitorace destro. Trattamento con Ampicillina e Netilcimicina per 9 giorni, cui segue miglioramento, già dopo 48 ore, delle condizioni cliniche generali. Permane, invece, difficoltà nell'alimentazione. Si procede ad alimentazione con gavage. Nei giorni successivi normalizzazione dei parametri ematologici, riduzione del focolaio e riscontro di gastrectasia. Persistono irritabilità, inarcamento del dorso e tosse all'inizio della suzione e arresto ponderale.

Un pasto baritato evidenzia regolarità dell'esofago e contestuale opacizzazione di mdc della trachea e dell'emisistema bronchiale di destra in assenza di un evidente tramite fistoloso. D'obbligo il trasferimento presso un centro di Chirurgia pediatrica, dove M. viene sottoposto ad intervento chirurgico di legatura della fistola mediante approccio transcervicale. Persistendo difficolta' nell'alimentazione a causa della deiescenza della sutura esofagea con mediastinite e febbre, il piccolo viene trasportato dai genitori in un secondo centro di Chirurgia pediatrica e sottoposto, in sequenza, a:

1. Intervento di plastica antireflusso secondo Nissen-Rossetti;
2. Gastrostomia secondo Stam;
3. Chiusura definitiva fistola esofagotracheale.

CONCLUSIONI

M. viene poi dimesso con una alimentazione a base di idrolisati spinti.

BIBLIOGRAFIA:

•Shaw-Smith C: Oesophageal atresia, tracheo-oesophageal fistula and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology. J Med Genet 2006; 43: 545-554.

UN CASO DI TERATOMA CISTICO NEL RETROPERITONEO IN UN NEONATO: DIAGNOSI IN EPOCA PRENATALE DI MASSA E CARATTERIZZAZIONE CON RM IN EPOCA POST-NATALE

C. Martiniello[1], E.L. Faiola[2]
[1]*U.O. di Diagnostica per Immagini Osp. Moscati, Aversa*
[2]*U.O. di Diagnostica per Immagini Osp. Fiorini, Terracina*

Scopo dello studio
Lo scopo del presente studio è stato quello di diagnosticare e documentare adeguatamente un caso di massa retroperitoneale diagnosticata in epoca prenatale.
Materiali e Metodi
La piccola paziente cui è stata diagnosticata una massa retroperitoneale in epoca prenatale, dopo la nascita è stata sottoposta, in regime non di urgenza, al mese circa di vita, ad ecografia addominale su suggerimento del ginecologo che ha avuto in cura la madre della piccola paziente. Si effettuano ecografia, diretta addome e Risonanza Magnetica.
Riassunto dei risultati
L'ecografia postnatale ha evidenziato una formazione iperecogena retroperitoneale, con del liquido attorno alla massa, apparentemente di natura benigna, ma che per la sua componente liquida aveva fatto supporre un pregresso sanguinamento in fase di colliquazione sierosa. L'esame RM effettuato subito dopo l'ecografia ha documentato l'infondatezza di questo sospetto ed ha evidenziato delle aree calcifiche e componenti adipose. Il quadro operatorio successivo ha confermato quest'ultima ipotesi diagnostica.
Conclusioni
La diagnosi di natura di una massa retroperitoneale in una piccola paziente di un mese di vita, monitorata in epoca prenatale, è stata possibile con RM nell'ipotesi diagnostica di sanguinamento non recente posta con l'ecografia.

REPERTI RADIOLOGICI IN NEONATA AFFETTA DA SCLEROSI TUBEROSA

C. Martiniello[1], E.L. Faiola[2]

[1]*U.O. di Diagnostica per Immagini Osp. Moscati, Aversa*

[2]*U.O.di Diagnostica per Immagini Osp.Fiorini,Terracina*

Premessa: Neonata, nata a termine, in buone condizioni di salute, con diagnosi di rabdomiomi cardiaci all'ecografia prenatale in assenza di lesioni in altre sedi. Apgar score di 8 a 1 minuto e 9 a 5 minuti.
Scopo dello studio: Lo scopo del presente studio è stato quello di procedere ad approfondimento diagnostico mediante ecografia (US) encefalica, addominale e cardiaca e RM dell'encefalo.
Materiali e Metodi: Lo studio dell'encefalo ha documentato la presenza di multiple formazioni nodulari subependimali sovratentoariali, la maggiore di 2 cm e livello del forame di Monro con dilatazione del corno frontale sinistro. La valutazione dei reni ha evidenziato bilateralmente la presenza di aree ad ecostruttura mista, prevalentemente iperecogena con microcisti associate. L'ecocardiografia ha confermato la presenza di rabdomiomi multipli in sede ventricolare e a livello del setto con moderata ostruzione della polmonare.
Risultati: I reperti RM e US encefalici sono riferibili a noduli subependimali, mentre la lesione di maggiori dimensioni ad astrocitoma subependimale a cellule giganti. Le alterazioni in sede renale sono riferibili ad angiomiolipomi. Il quadro complessivo di queste lesioni depone per sclerosi tuberosa (ST).
Conclusioni: La ST è caratterizzata da displasie che si localizzano principalmente a sede cutanea, cerebrale, cardiaca, polmonare e renale. I reperti neuro radiologici tipici (noduli subependimali, astrocitoma, tuberi corticali) sono considerati criteri maggiori di diagnosi e sono sufficienti per porre diagnosi di ST.

CISTI OVARICA IN ETA' NEONATALE: A PROPOSITO DI UN CASO CLINICO

V.A. Caiulo[1], C. Gargasole[3], S. Caiulo[2], G. Latini[1]

[1]*U.O. Neonatologia - Ospedale Perrino, Brindisi*

[2]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

[3]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo San Paolo Humanitas, Università degli Studi, Milano*

Neonata di 13 giorni, nata a termine da parto eutocico, peso alla nascita 3.340 grammi, dimessa dal nido in buone condizioni generali. Giunge alla nostra osservazione per sospetto reflusso gastro esofageo (RGE). Nell'anamnesi due episodi di apnea con cianosi secondari ad episodi di rigurgito. La paziente presentava scarso accrescimento, inappetenza e frequenti episodi di rigurgito fin dalla nascita. L'esame clinico evidenziava un addome teso, non dolente. Gli esami ematochimici di routine sono risultati nella norma, veniva quindi programmata la pH-metria/24ore. In attesa di tale esame, la presenza di addome teso all'esame clinico ci ha indotto ad eseguire l'esame ecografico dell'addome in toto. L'ecografia ha confermato la presenza di RGE, ma ha anche evidenziato la possibile causa della sintomatologia: una voluminosa formazione cistica semplice, di 14 centimetri di diametro massimo, che occupava l'emiaddome di destra, comprimendo in basso la vescica, ed in alto il fegato e dislocando verso sinistra lo stomaco e l'intestino. Veniva ipotizzata l'origine ovarica di tale cisti e la piccola paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico. La laparotomia esplorativa evidenziava una voluminosa formazione cistica che originava dall'ovaia destra. La rimozione della cisti ha consentito la decompressione degli organi addominali, soprattutto stomaco ed intestino, che apparivano dislocati verso sinistra dalla cisti ovarica. L'esame istologico ha consentito di porre la diagnosi di cisti follicolare. Il decorso post operatorio non ha presentato complicanze e la piccola paziente ha potuto finalmente alimentarsi adeguatamente. L'incremento ponderale nelle settimane successive è stato regolare e non si sono più verificati episodi di apnea con cianosi, né altri segni o sintomi da riferire a reflusso gastro esofageo.

POTENZIALE DELL'ECOGRAFIA TORACICA NEL NEONATO: UNA NUOVA INDAGINE NON INVASIVA

F. Raimondi[1], F. Migliaro[1], A. Sodano[1], R. Maffucci[1], P. Milite[1], V. Pompa[1], C. Parrella[1], A. Cioffi[1], G. Russo Spena[1], A.C. Borrelli[1], P. Di Martino[1], R. Paludetto[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

PREMESSA:La tachipnea transitoria neonatale(TTN)è una delle cause di distress respiratorio(DR)che richiede misure di assistenza di varia intensità in un neonato a termine o quasi a termine. La diagnosi di TTN è clinica e non esistono marcatori specifici in diagnostica per immagini. La prognosi varia dalla rapida risoluzione spontanea alla necessità di assistenza respiratoria anche invasiva. L'ecografia pleuro-polmonare(EPP)nei pazienti adulti è divenuta efficace in campo intensivistico per identificare condizioni legate alla presenza di liquido interstiziale polmonare. OBIETTIVI: Valutare l'utilità dell'EPP nel riconoscere un neonato con TTN che richieda misure di assistenza respiratoria. MATERIALI E METODI: Dal gennaio 2010 al maggio 2011 i neonati con EG compresa tra 34+3/7 e 41+4/7 sono stati sottoposti ad EPP a circa 4 e 12 ore dalla nascita, con successivi controlli a distanza di 12 ore in caso di variazioni del quadro clinico/ecografico. I principali segni ecografici descritti in letteratura (linee A: artefatti orizzontali di riverberazione, indici di normale aereazione parenchimale; linee B:artefatti verticali,indici del contenuto di acqua extravascolare),hanno consentito di identificare nel campione in studio 3 profili: tipo 1,caratterizzato da assenza di linee A e presenza di linee B compatte; tipo 2,caratterizzato da linee A e linee B focali non compatte; tipo 3,caratterizzato soltanto da linee A. I profili ecografici sono stati quindi confrontati con lo stato clinico dei neonati e con l'Rx torace, ove disponibile. RISULTATI: L'EPP ottenuta in 138 neonati ha mostrato 6 casi (4%)con tipo 1, 40 (29%)con tipo 2 e 92 (67%)con tipo 3. I neonati con profili di tipo 2 o 3 non hanno evidenziato segni clinici di DR. I 6 neonati con tipo 1,nonostante un quadro radiografico negativo, hanno presentato un DR progressivo che in 3 casi si è risolto con l'ossigenoterapia, mostrando ai controlli ecografici una evoluzione graduale verso il tipo 3. Negli altri 3 casi invece la persistenza del DR ed il quadro ecografico invariato hanno richiesto assistenza in NCPAP ed in uno di questi anche di 24 ore di ventilazione meccanica. CONCLUSIONI: Un quadro ecografico di tipo 1 alla nascita individua il neonato con DR e necessità di assistenza respiratoria.

SINDROME DA ASTINENZA NEONATALE (SAN): UN CASO CLINICO

F. Raimondi[1], S. Lama[1], E. D'Antonio[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], R. Pisanti[1], D. Del Buono[1], C. Parrella[1], V. Pompa[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

La SAN è l'insieme delle manifestazioni clinichecausate dalla brusca interruzione, con il parto, dell'apporto di sostanze stupefacenti al feto. Colpisce il 50-90% dei figli di madri eroinomani, il 75-90% dei figli di madri che assumono metadone e nel 15-30% dei nati da madri in trattamento con barbiturici.La sintomatologia da astinenza da eroina si manifesta nel 60-70% dei casi già a 12-24 ore dalla nascita con gravità di esordio imprevedibile. I segni di deprivazione da metadone invece, possono comparire tardivamente, con decorso e gravità dose-dipendenti. Il quadro clinico è caratterizzato da disturbi a carico del SNC(iperattività generalizzata, tremori, ipertonia, iperreflessia, disturbi del sonno), del SNA (starnuti, sudorazione, febbre, tachicardia, tachipnea), dell'apparato gastroenterico(vomito, diarrea, distensione addominale, difficoltà dell'alimenazione) e di quello respiratorio. Un trattamento generale di supporto è risolutivo nel 30% dei casi, la terapia farmacologica (narcotici, neurolettici e sedativi)viene valutata in relazione alla gravità della sintomatologia sulla base del Finnegan score. Riportiamo il caso di A. neonata a termine AGA da PS, dopo gravidanza caratterizzata da HCV positività materna. Trasferita in seconda giornata di vita in TIN per SAN. All'esame tossicologico delle urine riscontro di positività per metadone, cocaina ed oppiacei . All'ingresso la piccola presentava sudorazione profusa, irritabilità, pianto stizzoso e continuo, tremori spontanei ed ipertono generalizzato per cui veniva iniziata terapia con metadone al dosaggio di 0.4 mg/kg/die, poi gradualmente ridotta. Per scarsa risposta clinica il farmaco è stato sospeso dopo 3 mesi dall'inizio del trattamento.Nessun problema respiratorio alla nascita, alimentazione enterale tollerata. Screening infettivologico e malformativo nella norma. Si sottolinea l'importanza dell'assistenza intensiva dei neonati con SAN e la necessità di un lungo periodo di osservazione clinica.

CASO CLINICO DI ITTIOSI LAMELLARE NEONATALE

F. Raimondi[1], V. Marra[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], S. Lama[1], E. D'Antonio[1], C. Mercogliano[1], T. Ferrara[1], V. Pompa[1], R. Paludetto[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Descriviamo il caso di un neonato pretermine (35 wk e 5/7) AGA, da gravidanza decorsa con distacco placentare nel I trimestre e TC elettivo, con Apgar 5' 8 10' 9 e anamnesi familiare positiva per psoriasi e dermatite atopica. Il piccolo si presenta alla nascita caratterizzato da cute che si desquama a larghe falde, viene quindi intrapresa terapia infusionale ed antibiotica a causa dell'elevato rischio infettivo. La cute appare notevolmente essiccata nei giorni successivi, soprattutto a livello degli arti inferiori, del tronco e del cuoio capelluto. Si richiede quindi consulenza dermatologica che pone diagnosi di ittiosi lamellare neonatale(LI). LI è una patologia della cute a trasmissione autosomica recessiva caratterizzata da un disordine della cheratinizzazione. La patologia si presenta alla nascita con il quadro tipico di "colloidon baby" : il neonato appare avvolto da una membrana trasparente che può ostacolare la respirazione e la nutrizione, causare eversione delle labbra, ectoprion, flessione forzata delle dita. Può inoltre essere presente alopecia. La membrana tende a rompersi e cade nell'arco di circa due settimane. Il neonato va quindi incontro al rischio di eccessive perdite idriche con conseguente grave disidratazione a cui può seguire un'insufficienza renale acuta o un danno cerebrale permanente se il bilancio idrico non è prontamente corretto. È elevato anche il rischio di ipotermia e di infezione. Successivamente si ha la formazione di squame, soprattutto in corrispondenza delle articolazioni, e la cute va incontro ad un ispessimento a livello delle mani e dei piedi con possibili arrossamenti. La diagnosi è clinica ed istologica. Il trattamento è sintomatico: si utilizzano retinoidi topici e sistemici e sostanze emollienti e cheratolitiche.

UN CASO DI NEONATA CON CISTI DI BLAKE

R. Paludetto[1], P. Di Costanzo[1], C. Parrella[1], R. Maffucci[1], V. Pompa[1], P. Milite[1], A. Sodano[1], M. Colonna[1], A. Cioffi[1], D. Schettino[1], A. Di Fiore[1], J. Cerullo[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Presentiamo il caso di C.T., nata a termine SGA da TC di emergenza (PN 1720 gr; Apgar 1' 8; 5' 9). L'USG prenatale evidenziava la presenza di elevazione del tentorio e rotazione antioraria del verme cerebellare come da cisti della tasca di Blake, IUGR e polidramnios. L'eco transfontanellare risultava nella norma, la consulenza neurochirurgica rilevava fontanella ampia, detesa e sutura sagittale embricata, si escludeva qualsiasi malformazione. La consulenza genetica escludeva dimorfismi, il cariotipo risultava normale 46,XX. La cisti della tasca di Blake è considerata una variante della norma e presenta le seguenti caratteristiche: quarto ventricolo comunicante con la cisti, assenza di comunicazione fra la cisti stessa e la cisterna magna posteriormente, assenza di ipoplasia vermiana, elevazione del tentorio. Secondo alcuni autori può essere compresa nell'ambito del Dandy-Walker complex o continuum che include anche la malformazione di Dandy-Walker, la Dandy-Walker variant e la megacisterna magna. È importante ricordare che nel corso dell'ecografia morfologica il cervelletto è una delle strutture per cui è indispensabile la misurazione e di cui bisogna osservare la normale conformazione tuttavia, prima delle 18 settimane, non è possibile fare diagnosi di anomalie cerebellari in quanto il verme del cervelletto è l'ultima parte che si forma. La cisti della tasca di Blake talora è una diagnosi falsamente positiva e può essere facilmente scambiata per Dandy-Walker variant, in quanto il verme ruota verso l'alto e non viene visualizzato sul consueto piano trasversale, ma è correttamente conformato. Le anomalie del cervelletto possono essere isolate oppure associate ad anomalie cromosomiche, sindromi genetiche, malformazioni del sistema nervoso centrale, ad esempio agenesia del corpo calloso, microcefalia, ventricolomegalia, encefalocele, malformazioni di altri organi ed apparati. La gestione prevede: ecografia di secondo livello, al fine di escludere anomalie associate, consulenza genetica, consulenza con neurologo pediatra.

CASO CLINICO DI NEONATO SGA CON MALFORMAZIONE ADENOMATOSA CISTICA POLMONARE

R. Paludetto[1], A. Umbaldo[1], L. Mari[1], M. Russo[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], R. Maffucci[1], P. Milite[1], M. Colonna[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Nato a termine SGA da TC elettivo:l'USG prenatale evidenziava massa cistica iperecogena a sinistra con cisti centrale di 14 mm circa,shift mediastinico con cuore dislocato a destra e formazione iperecogena ovalare sottodiaframmatica; quadro compatibile con sequestro polmonare extralobare.L'Rx toracica mostrava un'opacità in sede apicale sinistra che all'ecografia risultava essere una formazione di 18 mm dall'orletto iperecogeno e contenuto quasi interamente liquido. Esami di laboratorio,consulenza cardiologica ed ECG erano nella norma;l'ecocardio evidenziava PFO con shunt sx-dx e la TC toraco-addominale individuava una formazione grossolana disomogeneamente ipodensa di diametro 2,5 cm e discreto enhancement perferico dopo mdc. Il quadro risultava compatibile con malformazione adenoido-cistica congenita I (CCAM I).La consulenza chirurgica e pneumologica escludeva la necessità di intervento chirurgico a breve termine,consigliando un follow up clinico e strumentale a tre mesi. La CCAM è tra le più comuni anomalie polmonari congenite, caratterizzata da tessuto polmonare displastico o amartomatoso frammisto a tessuto polmonare normale,in genere ad un solo lobo. Fa seguito verosimilmente ad un insulto in fase embriologica,antecedente ai 50 giorni di gestazione,con alterato sviluppo delle strutture bronchiolari terminali. Istologicamente si rilevano molti elementi ghiandolari, con poco tessuto polmonare normale;quando l'insulto occorre più tardivamente le cisti sono molto comuni e la cartilagine è più rara. L'esordio clinico è variabile:distress respiratorio progressivo, infezioni respiratorie, pnx o idrope; ascite e polidramnios se la massa polmonare presenta una prevalente componente solida. Le lesioni più ampie possono favorire lo sviluppo di ipoplasia polmonare,le più piccole in alcuni casi regrediscono spontaneamente. La diagnosi ecografica prenatale è possibile dalla 16a settimana. Una diagnosi precoce consente una decompressione in utero con shunt fra la cavità cistica e il liquido amniotico. La resezione chirurgica è raccomandata per evitare la comparsa di infezioni ricorrenti e per l'aumento di incidenza di neoplasie polmonari primitive.La prognosi a lungo termine,dipendente dalla quota di tessuto polmonare residuo,risulta buona.

UN CASO CLINICO : IDROCEFALIA BILATERALE

R. Paludetto[1], L. Capasso[1], R. Iuliano[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], V. Pompa[1], A. Cioffi[1], P. Milite[1], R. Maffucci[1]
[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Riportiamo il caso di due gemelli nati a termine da TC elettivo (il primo nato di sesso maschile con PN 2650 gr,Apgar 1'8, 5'9; il secondo di sesso femminile,PN 2280 gr,Apgar 1'5, 5'8) con diagnosi prenatale di idrocefalia bilaterale in un feto e calicopielectasia monolaterale nell'altro. Alla nascita è stata eseguita un'eco transfontanellare che ha rilevato in entrambi la presenza di dilatazione dei ventricoli laterali soprattutto a carico dei corni occipitali.Le consulenze neurologiche e metaboliche non hanno riscontrato elementi di rilievo;la ricerca del CMV su urine è risultata per entrambi negativa. Hanno effettuato eco addome che ha confermato la presenza di calicopielectasia a carico del rene destro nel gemello di sesso femminile. I piccoli non hanno presentato problemi di rilievo durante la degenza con normale incremento ponderale. Sono stati quindi dimessi ed è stato avviato il follow-up. L'idrocefalo non è di per sé una patologia,ma la manifestazione di un problema cerebrale sottostante. Le cause più comuni sono: malformazioni congenite,emorragie a partenza dalla matrice germinativa,nel prematuro,o dai plessi corioidei, infezioni contratte in utero o in epoca perinatale, neoplasie cerebrali il cui sviluppo ostruisce la circolazione liquorale o responsabili di iperproduzione di liquor. Diagnosi differenziale deve essere posta con altre condizioni in cui si osserva una dilatazione degli spazi liquorali,conseguenza di anomalie di sviluppo del sistema nervoso centrale,lesioni parenchimali a genesi ipossico-ischemica,atrofia parenchimale cerebrale. Il trattamento dipende dall'eziologia:la terapia medica con acetazolamide e glicerolo o puntura lombare (se l'idrocefalo è comunicante) può essere utile per ridurre transitoriamente la pressione del LCR, tuttavia l'idrocefalo progressivo, specialmente se la circonferenza cranica aumenta rapidamente,necessita di una derivazione liquorale volta a ridurre la pressione. Nel neonato è comunque raro osservare un'idrocefalia grave.Gli esiti sono strettamente correlati all'entità della malformazione e delle anomalie del SNC associate.Il rilievo di idrocefalia fetale e neonatale necessita di un intervento d'equipe ed è fondamentale instaurare un programma di follow-up multidisciplinare.

UN CASO DI SOSPETTA ACRODERMATITE ENTEROPATICA

F. Raimondi[1], V. Marra[1], A. Sodano[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], G. Russo Spena[1], A.C. Borrelli[1], P. Di Martino[1], C. Mercogliano[1], T. Ferrara[1], R. Paludetto[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Riportiamo il caso di neonato di 35 wk 1/7 da TC d'emergenza, Apgar 1' 8 5' 9 giungeva alla nostra attenzione in 3^ giornata di vita per sospetta sepsi. l'alimentazione enterale è stata inizialmente ben tollerata ma in 10^ giornata di vita, il piccolo presentava distensione addominale, diarrea (3-4 evacuazioni/die di feci liquide e giallo-verdastre)e una dermatite prevalentemente al volto. Data una crescita ponderale stentata venivano effettuati tentativi di alimentazione prima con Nutramigen , con Neocate e poi riduzione dell'alimentazione enterale con integrazione dei fabbisogni attraverso nutrizione parenterale. In 39^ giornata per un peggioramento della distensione addominale con irritabilità e riscontro di livelli idro-aerei alla RX addome in ortostatismo veniva sospesa l'alimentazione ed avviata nutrizione parenterale totale attraverso CVP. Nel sospetto di un disturbo della motilità gastrointestinale praticava: clisma opaco, biopsia rettale, manometria anorettale. Le lesioni iniziate verso la 10° giornata di vita al viso, collo e regione retro auricolare si estendevano alle pieghe dove era presente anche una macerazione cutanea. Nel sospetto di una Acrodermatite Enteropatica, praticava zinchemia e zincuria ed iniziava supplementazione per os con Zn solfato che risultavano con valori inferiori alla norma. La cute si presentava molto reattiva a qualsiasi contatto con comparsa di gemizio alla digito-pressione, praticava quindi biopsia cutanea, dosaggio del fattore 5 del complemento per sospetta malattia di Leiner.L'acrodermatite enteropatica è un disordine AR caratterizzata da un ridotto trasporto dello Zn attraverso la mucosa dell'intestino tenue dovuta alla deplezione di una proteina pancreatica legante lo Zn.Clinicamente si presenta con diarrea acquosa, perdita di peso, anoressia e dermatite localizzata alle giunzioni muco cutanee ed alle aree sottoposte a strofinamento.Il segno caratteristico della malattia è il deficit di zinco, la terapia è sostitutiva.

NEONATA CON SOSPETTA SINDROME DI FREEMAN-SHELDON

R. Paludetto[1], G. Fusco[1], G. Montesano[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], C. Parrella[1], A. Cioffi[1], A. Sodano[1]
[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Riportiamo il caso di A.(EG 38 wks, peso alla nascita 2510gr, TC d'elezione, Apgar 1'8; 5'9) nata da madre con Sindrome di Freeman-Sheldon (Artrogriposi Distale tipo 2A). La piccola presenta facies dismorfica con microftalmia, ponte nasale appiattito, microstomia, retrognazia. Si evidenziano, inoltre, malformazioni degli arti: deviazione ulnare delle dita delle mani, camptodattilia, solco palmare unico a sinistra, piede torto bilaterale. Si richiedono consulenze specialistiche di ortopedia, chirurgia maxillo-facciale e genetica; quest'ultima pone in diagnosi differenziale la suddetta sindrome con la sindrome di Sheldon-Hall(Artrogriposi Distale tipo 2B). La paziente non ha necessitato di assistenza respiratoria né di gavage per l'alimentazione.La sindrome di Freeman-Sheldon(sindrome della faccia fischiante), raro disordine congenito con prevalenza < 1:106, è caratterizzato da una tipica triade malformativa: microstomia con labbra increspate, camptodattilia con deviazione ulnare delle dita e piede torto in equinovarismo. Le malformazioni associate comprendono: occhi infossati, naso e narici piccoli, filtro allungato, ipertelorismo, contratture articolari e scoliosi di grado severo. Non sono riportati deficit intellettivi.La maggior parte dei casi osservati è sporadica, ma non sono rari casi di ereditarietà familiare a trasmissione autosomica dominante, come sopra riportato. La mutazione coinvolge il gene MYH3 presente sul cromosoma 17 che codifica per la catena pesante della miosina. E' possibile diagnosi prenatale con indagine molecolare, supportata dall'imaging ecografico. La sopravvivenza media non è ridotta, ma in età neonatale le anomalie strutturali dell'orofaringe e delle vie aeree superiori possono causare difficoltà nell' alimentazione e nella respirazione. Per migliorare la qualità di vita sono necessari interventi chirurgici volti a modificare la rima buccale, le deviazioni della colonna e le contratture articolari.

OLOPROSENCEFALIA ALOBARE: UN CASO CLINICO

R. Paludetto[1], L. Capasso[1], M.V. Andreucci[1], R. Di Maso[1], R. Maffucci[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], A. Di Fiore[1]
[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Riportiamo il caso di neonata i 38wk nata da gravidanza bigemina, Apgar 1' 8 5' 9 con diagnosi prenatale di oloprosencefalia. Praticava US alla nascita che evidenziava assenza della falce cerebrale; in regione frontale cavità ventricolare unica comunicante posteriormente con grossa formazione cistica; assenza di corpo calloso; fusione dei talami; assenza di parenchima cerebrale nella regione posteriore. Alla RM si confermava la diagnosi di oloprosencefalia alobare. L'ecocardio alla nascita mostrava PFO e DIV con shunt sx-dx. Si effettuava consulenza neurochirurgica in 28° giornata che consigliava intervento di derivazione ventricolo peritoneale a seguito dell'aumento della cc di 4cm rispetto alla nascita. L'Oloprosencefalia è una rara malformazione congenita del cervello fetale che determina una incompleta separazione degli emisferi cerebrali ed include diversi fenotipi. L'eziologia è eterogenea, in circa il 40- 50% dei casi è dovuta ad alterazioni cromosomiche, quali trisomia 13, trisomia 18, forme familiari autosomiche e forme legate al sesso. Fino ad oggi almeno 7 geni sono stati individuati: SHH, ZIC2, SIX3, TGIF, PTCH1, GLI2, e TDGF1. Clinicamente è associata ad anomalie facciali quali: ciclopia, assenza degli occhi,naso a proboscide, ipotelorismo, naso piatto, singola narice, labiopalatoschisi. Nel 75% dei casi sono altresì presenti anomalie cardiache, scheletriche, urogenitali, gastrointestinali. Le forme più gravi, ad esordio neonatale, si manifestano con convulsioni, crisi di apnea, spasmi, alterazioni ipotalamiche che conducono rapidamente al exitus. Non esiste un trattamento specifico per la patologia, si operano misure sintomatiche e di supporto.

INFEZIONE DA STREPTOCOCCO B AGALACTIAE (SGB): INDAGINE CONOSCITIVA SU TAMPONI VAGINO RETTALI (TVR) MATERNI E PROFILASSI INTRAPARTUM (PAI) NELL' AOU "FEDERICO II" DI NAPOLI NEL TRIENNIO 2008-2010

R. Paludetto[1], L. Capasso[1], S. Lama[1], E. D'Antonio[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], M. Colonna[1], A. Sodano[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Sono state esaminate le cartelle cliniche dei nati dal 1° Gennaio al 31 Marzo degli anni 2008, 2009, 2010 presso la Neonatologia dell'AOU Federico II di Napoli e ciascun trimestre è stato considerato come campione rappresentativo del proprio anno. La popolazione esaminata è risultata costituita da un totale di 1612 neonati con un peso medio di 2997,96 gr. (range 400g.-5080g) e Ds =628,62488. Valutando i TVR effettuati alle madri è emersa una positività allo SGB del 9,9%, accompagnata dal 14,5% di TVR non noti (perché non riportati in cartella), dal 10,3% di TVR non praticati e dal 65,3% di TVR negativi. Nel 2008 su 493 TVR 36 (7,3%) sono risultati positivi, 53 (10%) non noti e 59 (12%) non sono stati praticati. Nel 2009 su 574 TVR 66 (11,4%) sono risultati positivi, 88 (15,3%) sono risultati non noti e 50 (8,7%) non sono stati praticati. Nel 2010 su 544 TVR 58 (10,6%) sono risultati positivi, 94 (17,1%) sono risultati non noti e 56 (10,3%) non sono stati praticati. In totale, tra le donne esaminate, quelle con TVR positivo sono risultate essere 157 e di queste 81 (51,6%) hanno ricevuto una profilassi intrapartum (PAI), 66 (42,6%) non hanno ricevuto alcun tipo di profilassi e di 10 (5,8%) non si hanno informazioni sufficienti. Tra le 232 donne con TVR non noto 51 (21,9%) hanno ricevuto una PAI, 144 (62%) non l'hanno ricevuta e di 37 (16,1%) non si hanno informazioni. Infine tra le 163 donne che non hanno praticato il TVR 41 (25,15%) hanno ricevuto una PAI, 103 (63,2%) non hanno ricevuto profilassi e di 19 (11,65%) non si hanno informazioni sufficienti. In conclusione del 75 % circa delle donne sottoposte all'esecuzione del TVR, il 9,8% ha presentato una positività allo SGB e di queste il 51,6 % ha ricevuto la PAI. L'elaborazione di tali dati consente di asserire che nella nostra Azienda Ospedaliera lo screening universale è stato recepito ed avviato e che è necessario apportare miglioraramenti alla strategia preventiva come consigliato dalle linee guida CDC 2010.

UN CASO DI FETO ARLECCHINO

R. Paludetto[1], P. Di Costanzo[1], A. Iovino[1], A. Di Fiore[1], D. Schettino[1], J. Cerullo[1], V. Terlizzi[1], M. Maglione[1], I. De Simone[1], A.C. Borrelli[1], P. Di Martino[1], C. Figliuolo[1]

[1]*TIN A.O.U. Federico II, Napoli*

Neonata pretermine(35wks+6/7),PN 1959 gr nata da genitori consanguinei,con quadro di feto arlecchino:cute molto spessa e rigida di colorito giallastro,interrotta da profonde fissurazioni dalle quali traspare una cute sottostante sottile,traslucida ed eritematosa.Sono visibili inoltre ectropion,eclabion e malformazioni a mani e piedi. Alla nascita è stata posta in un ambiente umidificato all'80% per ridurre la perspiratio cutis. È stata praticata detersione 2 vv/die con acqua sterile ed Amuchina 1% seguita da vaselina su tutto il corpo,applicazione di soluzione di eosina sulla cute eritematosa 3 vv/die. Ha praticato terapia con acitretina 1mg/kg 1 v/die per os per tutta la degenza. Per il rischio infettivologico ha praticato terapia antibiotica. E' stata avviata analisi molecolare, supportata dalla consanguineità di 1°grado dei genitori della piccola.Il decesso è occorso in sesta giornata di vita per arresto cardiorespiratorio. L'ittiosi arlecchino è la forma più grave e rara di ittiosi congenita;se ne stima infatti una prevalenza inferiore ad un caso su un milione. Si tratta di una genodermatosi a trasmissione autosomica recessiva,legata alla mutazione del gene ABCA12 situato sul cromosoma 2,codificante per un trasportatore di lipidi presente a livello dell'epidermide. Tale mutazione determina un rilevante ispessimento della cute,che limita in modo notevole i movimenti e le escursioni toraciche. Nel passaggio dall'ambiente uterino a quello esterno la pelle si secca,frammentandosi in grosse placche che danno al neonato il tipico aspetto "arlecchino" che ha suggerito la denominazione della patologia. Il quadro dermatologico è alla base delle gravi condizioni cliniche che predispongono il neonato ad un elevato rischio di morte:ipotermia e disidratazione, infezioni,difficoltà respiratorie e di alimentazione legate alla tensione esercitata dalle placche cutanee che provocano costrizione della rima buccale,congiuntivale e del torace. La gestione risulta dunque estremamente complicata essendo di fatto impossibile il monitoraggio cardiorespiratorio.Sono stati riportati solo pochi casi di pazienti che hanno superato i primi giorni di vita ed hanno avuto beneficio dal trattamento con ac.retinoico;si tratta comunque di casi ad espressione più lieve.

MENINGITE ASETTICA IN CORSO DI MONONUCLEOSI NEONATALE

G. Ausanio[1], L. Abbate[1], A. Ansalone[1], I. Bernardo[1], D. Brescia[1], A. Capasso[1], L. Falco[1]
[1]*U.O. di Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera di Caserta*

L'incidenza delle sepsi late onset è ~ 4,4 per mille nati e riguarda maggiormente i pretermine ricoverati in TIN (sepsi nosocomiali). I germi piu' comunemente implicati sono i CONS, i bacilli Gram-neg. come Klebsiella sp., E. Coli, Serratia m. e altri. La meningite complica il 10% dei casi di sepsi ad esordio tardivo e non va trascurata l'eziologia virale nei casi di infezione non ospedaliera. T.O. nasce a termine da taglio cesareo. Apgar 7-8. Peso gr 3150. Dimessa regolarmente in quarta giornata, si ricovera in TIN a 25 giorni per inappetenza e febbre. Alla visita oltre la febbre presenta solo congiuntivite e stomatite. Effettua emocoltura: ster., liquorcoltura:ster., urinocoltura: ster., tampone oculare pos. per Pseudomonas Aer., emocromo : normale tranne un aumento dei monociti alla formula leucocitaria, esame chimico-fisico delle urine: normale, PCR seriate negative.
Esame chimico-fisico del liquor: 80 leucociti con ipoglicorrachia lieve all'ingresso, normale al controllo dopo 7 giorni. Ecocerebrale:iperecogenicità a tratti calcifica di un vaso lenticolo-striato destro Decorso clinico: sfebbramento dopo 3 giorni con rapido miglioramento delle condizioni generali.
Vista la negatività degli indici di flogosi e il decorso clinico viene sospesa in settima giornata la terapia antibiotica e vengono avviati gli esami sierologici per la ricerca di anticorpi contro i seguenti virus: CMV, Epstain-Barr, Herpes 1-2, varicella-zoster, echo, adeno, coxackie. Gli unici a risultare positivi sono quelli della mononucleosi, nel senso di un alto titolo IgG contro gli antigeni precoci, nucleari e capsidici del virus di Epstain Barr. Si pone quindi diagnosi di meningite asettica da infezione mononucleosica neonatale
CONSIDERAZIONI:
La valutazione degli esami, il decorso mite della meningite, l'aumento dei monociti alla formula leucocitaria, il rapido miglioramento del quadro clinico ci hanno indotto a pensare ad un meningite virale.
CONCLUSIONE :
La mononucleosi come altre infezioni virali possono essere contratte nei primi giorni di vita e comportare meningite. La diagnosi clinica-laboratoristica è importante per evitare terapie antibiotiche protratte che risulterebbero inutili oltre che dannose per il neonato

IL CFM (CEREBRAL FUNCTION MONITOR) NEL MONITORAGGIO DEL NEONATO ASFITTICO

Gaetano Ausanio, F. Crispino, D. D'Angelo, C. Grassia, M. Panico, V. Rossi, M. Vendemmia, L. Falco

U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera di Caserta

S.S. nasce a termine da p.s. con Apgar 1-6. Rianimato in sala parto per apnea primaria, prosegue al nido l'assistenza in ossigenoterapia per tre ore. Si trasferisce in TIN a 12 ore di vita per ipereccitabilità e tremori. L'EAB al ricovero rileva un eccesso basi di -10. La sintomatologia rientra nello stadio 1 di Sarnat. Nelle successive 12 ore (circa 24 ore dalla nascita) il piccolo appare sempre piu' letargico fino a presentare franche convulsioni tonico-cloniche generalizzate sedate con gardenale. Si eseguono gli esami colturali compreso liquorcoltura che risulteranno sterili, metabolici (normali) ed ematologici : aumento degli enzimi muscolari. In seconda giornata crisi ripetute di apnea, con clonie agli arti e necessità di ventilazione meccanica. Viene applicato il CFM che evidenzia un tracciato di tipo continuo-discontinuo, interrotto da convulsioni ripetitive, con eeg contestuale tipico (spikes ripetivi di media ampiezza). Lo stato convulsivante, recede dopo circa 5 ore a seguito di boli ripetuti di gardenale fino a 40mg/Kg e successivamente di fenitoina. Il monitoraggio con il CFM viene continuato per altre 8 ore fino a normalizzazione del pattern (di tipo continuo) e l'assenza di fenomeni convulsivi. Le condizione generali del neonato progressivamente migliorano e lo stesso viene dimesso a 20 giorni con diagnosi di encefalopatia ipossico-ischemica (E.I.I.) e programma di follow-up. Da precisare che mentre l'eeg tradizionale eseguito a 7 giorni risultava normale , l'ecocerebrale contestuale mostrava un'iperecogenicità diffusa del parenchima cerebrale con accentuazione della stessa a livello dei nuclei della base, quadro compatibile con E.I.I. Il caso viene segnalato per sottolineare l'importanza di implementare l' uso del CFM in quelle situazioni di asfissia lievi, tali cioè da non rientrare nei criteri di applicazione dell'ipotermia. L'aEEG (eeg con integrazione di ampiezza) consente infatti di monitorare facilmente l'attività cerebrale anche in quei casi di lieve sofferenza che, tuttavia, per meccanismi patogenetici instauratosi prima del parto, possono sfociare in uno stato di male epilettico. Il pronto trattamento farmacologico delle convulsioni evita il peggioramento della prognosi neurologica.

UN CASO DI MUCOCOLPO

M. Vendemmia, I. Bernardo, M. Panico, V. Rossi, D. Brescia, F. Crispino, A. Capasso, P. Falco e L.Falco

UOC Terapia Intensiva Neonatale e Trasporto Neonatale d'Emergenza - Azienda Ospedaliera S.Sebastiano e S.Anna Caserta

Caso clinico

Descriviamo il caso di una neonata a termine giunta alla nostra osservazione in seconda giornata di vita per sospetta affezione chirurgica. La piccola è nata a 40 settimane, PN 3730 g, APGAR 8 a 1' 9 a 5', normale evoluzione dei fenomeni neonatali. All'ingresso le sue condizioni sono buone: colorito roseo, buono il flusso aereo bilateralmente, toni cardiaci validi, addome globoso ma trattabile; tono e reattività sufficienti, polsi femorali normopulsanti, organi ipocondriaci nella norma, genitali esterni di tipo femminile normoconformati. Durante la degenza la piccola viene alimentata regolarmente, senza presentare né vomito né rigurgito, ma persiste la distensione addominale con saltuarie emissioni di feci. Veniva principalmente esclusa una sepsi, tutte le colture risultavano negative, la piccola si alimentava e cresceva regolarmente, ma il suo addome era sempre globoso e l'alvo non proprio regolare. Veniva pertanto praticata una ecografia addominale che evidenziava un utero in sede, il corpo uterino di dimensioni normali, il collo uterino dilatato per la presenza di una raccolta di materiale fluido corpuscolato endoluminale, come da mucocolpo. Dopo introduzione di sonda rettale e manovra di lieve compressione addominale si osservava fuoriuscita di feci miste a meconio dall'ano e di muco dalla vagina. Veniva posta diagnosi di mucocolpo. La neonata veniva dimessa qualche giorno dopo in pieno benessere.

Discussione

Abbiamo riportato questo caso per evidenziare come il mucocolpo possa essere causa di ritenzione fecale in seguito ad una compressione ab estrinseco sul retto. L'ispezione accurata dei genitali esterni può prevenire errori di diagnosi ed indirizzare verso le indagini ed il trattamento opportuni. L'imene imperforato è una patologia relativamente frequente e può dare segno di sè in epoca neonatale o menarcale. Nella neonata le secrezioni vaginali e delle ghiandole cervicali o endometriali, non potendo defluire all'esterno, possono portare ad un idrocolpo o mucocolpo, o più raramente ad idrometra o mucometra. L'idrocolpo rappresenta il 15% delle masse addominali palpabili, preceduto per frequenza solo dall'idronefrosi. Nei casi in cui coesiste stenosi vaginale o cervicale si possono associare gravi malformazioni multiple: intestinali (imperforazione anale, atresia dell'esofago e del duodeno, agenesia della cistifellea, duplicazione del colon), urinarie (agenesia o aplasia renale, malformazioni ureterali, vescicali e uretrali), ginecologiche (fistole, malformazioni vagino-uterine), scheletriche (agenesia sacrale, polidattilia). In epoca menarcale un imene imperforato misconosciuto è causa di criptomenorrea e, conseguentemente, ematocolpo ed eventualmente ematometra ed ematosalpinge. La diagnosi è già evidente con l'ispezione vulvare, che mostra l'imene imperforato, convesso verso l'esterno per la sovradistensione vaginale.

Per valutare l'eventuale coinvolgimento uterino, l'esame più utile è costituito dall'ecografia pelvica, che evidenzia chiaramente un'area anecogena con echi interni sparsi, corrispondente alla raccolta liquida più o meno organizzata, che interessa la vagina ed eventualmente la cavità uterina.

Il trattamento consiste nel drenaggio della raccolta: per evitare recidive è utile lasciare a dimora per alcuni giorni un drenaggio, che impedisce che una retrazione cicatriziale richiuda la membrana imenale.

Successivamente è indicata una vaginoscopia o una colposcopia per evidenziare eventuali stenosi o atresie vaginali o cervicali.

SINDROME DI GOLDENHAR IN GEMELLA

M. Vendemmia, I. Bernardo, L. Abbate, A. Ansalone, G. Ausanio, D. Brescia, D. D'Angelo, C. Grassia, V. Rossi, M. Panico, F. Crispino, A. Capasso, P. Falco e L. Falco

UOC Terapia Intensiva Neonatale e Trasporto Neonatale d'Emergenza - Azienda Ospedaliera S.Sebastiano e S.Anna Caserta

Caso clinico

Descriviamo il caso di una neonata pretermine SGA, I nata da gravidanza gemellare, con età gestazionale di 35 wks, peso nascita 1780 g, APGAR 7 a 1' 8 a 5', trasferita a circa 4 h di vita per prematurità e basso peso. All'ingresso le sue condizioni sono buone: colorito roseo, facies caratteristica: micrognatia, blefaroptosi ed appendice auricolare al lato sinistro, attività cardiorespiratoria regolare, addome trattabile, tono e reattività sufficienti, polsi femorali normopulsanti, organi ipocondriaci nella norma, genitali esterni di tipo femminile normoconformati. Viene alimentata sin dal primo giorno di vita con latte materno e formula per pretermine con buona tolleranza alimentare e con graduale incremento della quota introdotta. Durante la degenza la piccola praticava una serie di indagini strumentali a completamento diagnostico. L'ecocardio evidenziava un ampio DIA con arco aortico a dx senza ostacoli al flusso. L'ecografia cerebrale non evidenziava anomalie. La consulenza otorino evidenziava lo slargamento della parete cartilaginea del condotto uditivo esterno ed il restringimento della parte ossea con impossibilità di buona visione della membrana timpanica. Lo screening uditivo era PASS al lato destro, Refer al lato sinistro. La TC dell'orecchio e l'ecografia addominale non evidenziavano particolari anomalie. La RX del rachide dorsale mostrava una emivertebra.

Discussione

Lo spettro oculo-auricolo-vertebrale o Sindrome di Goldenhar è una condizione a carattere prevalentemente unilaterale, che può interessare diverse strutture corporee; l'incidenza stimata è di circa 1/6.000 nati vivi, ma la grande variabilità nella espressione della sindrome comporta dei problemi nella sicura definizione della sua frequenza nella popolazione. La diagnosi è clinica, e perciò basata sul riscontro di un sufficiente livello di somiglianza tra le caratteristiche cliniche del paziente e quelle più frequentemente riscontrate nei soggetti affetti. Il difetto di base della patologia non è noto; la maggior parte dei casi di Sindrome di Goldenhar è sporadica. Sono stati proposti fattori genetici e ambientali come agenti causali e sono state descritte sia le modalità di trasmissione autosomica recessiva che autosomica dominante. Esiste oggi una tendenza ad accettare come origine di questa sindrome una sofferenza vascolare del mesoderma cefalico per una anomalia dell'arteria stapedia, con conseguente alterazione dello sviluppo del primo e secondo arco branchiale. Un elemento che rafforza questa teoria è la presenza della sindrome in uno solo dei gemelli omozigoti. Caratterizzano questa sindrome polimalformativa anomalie oculari, microtia uni o bilaterale, ipoplasia mandibolare, microsomia emifacciale, anomalie del cavo orale, anomalie dell'apparato respiratorio, anomalie genito-urinarie, anomalie cardiache, anomalie del sistema nervoso, anomalie scheletriche vertebrali e anomalie cranio-facciali. La microsomia emifacciale deriva dal sottosviluppo dei tessuti di una parte del viso, della mandibola inferiore e superiore, il ramo mandibolare può essere sia corto che assente ed il mento tende ad inclinarsi verso quel lato. Il tessuto della guancia frequentemente è sottosviluppato e crea, pertanto, un'asimmetria del viso. I difetti della regione auricolare sono rappresentati dalla presenza di residui cartilaginei nella sede preauricolare, da assenza o malformazione del padiglione auricolare, presenza di appendici pre-auricolari, stenosi-atresia del condotto uditivo, sordità trasmissiva o neurosensoriale, deficit dell'udito per lesione sia dell'orecchio medio che interno. In un'alta percentuale di casi sono presenti emispondili ed emivertebre a livello lombare, toracico dorsale e cervicale, scoliosi, occipitalizzazione dell'atlante, spina bifida. Possono essere presenti agenesia del rene mono e bilaterale, ipoplasia, ectopia del rene, ectopia del testicolo, criptorchidismo ed anomalie cardiache (tetralogia di Fallot, difetto del setto interventricolare, costrizione dell'aorta). Non è disponibile un esame genetico specifico per la diagnosi prenatale, nè un esame che permetta di diagnosticare con sicurezza la patologia durante la gravidanza: infatti, in assenza di malformazioni fetali, i parametri della gravidanza risultano nella norma. Il riscontro di malformazioni maggiori di organi che tipicamente sono coinvolti nella sindrome di Goldenhar durante un' ecografia di controllo potrebbe essere la spia della presenza della sindrome. In questi casi è utile una valutazione mediante ecografia fetale tridimensionale e soprattutto la consulenza genetica.

UN CASO NEONATALE DI MEGACOLON AGANGLIARE

M. Vendemmia, I. Bernardo, C. Grassia, L. Abbate, A Ansalone, G. Ausanio, D. D'Angelo, P. Falco e L. Falco

UOC Terapia Intensiva Neonatale e Trasporto Neonatale d'Emergenza - Azienda Ospedaliera S. Sebastiano e S. Anna Caserta

Caso clinico
Riportiamo il caso di un neonato a termine (EG 39 settimane, PN 3000 g), trasferito presso la nostra Terapia Intensiva Neonatale a 53 ore di vita per mancata emissione di meconio. Nato da taglio cesareo di elezione da madre secondigravida, Apgar 8 ad 1 minuto, 9 a 5 minuti, liquido amniotico limpido. All'ingresso il piccolo si presentava in buone condizioni generali: il colorito era roseo, l'attività cardiorespiratoria regolare, l'addome globoso ma non dolente alla palpazione, gli organi ipocondriaci nei limiti fisiologici, il tono, la reattività ed i riflessi normoevocabili. Il piccolo emetteva meconio dopo clistere evacuativo, con notevole miglioramento del quadro addominale. Durante la degenza iniziava ad alimentarsi con piccoli pasti di 5-10 ml di soluzione glucosata al 5%, inizialmente tollerati, ma successivamente seguiti dalla distensione addominale. Il quadro migliorava solo dopo l'emissione di feci chiare, sempre ed unicamente in seguito a stimolazione con sonda rettale. Veniva praticata una ecografia addominale ed una RX diretta addome che mostrava diverse anse dilatate ed assenza di gas nel retto. Veniva praticato inoltre un clisma opaco che mostrava un tratto conico di transizione tra l'intestino a monte dilatato e quello distale di calibro ridotto. La presenza del cono di transizione è caratteristico del megacolon agangliare anche se non sempre evidenziabile. Nel sospetto quindi di megacolon agangliare si sospendeva, pertanto, l'alimentazione orale, si iniziavano alimentazione parenterale e terapia con metronidazolo e si trasferiva il piccolo in ambiente chirurgico, ove veniva confermata tale diagnosi con la biopsia rettale.

Discussione
Il megacolon agangliare è una patologia congenita dell'intestino caratterizzata dall'assenza dei gangli a livello dei plessi mioenterico e sottomucoso, con arresto della peristalsi intestinale a livello del segmento interessato e distensione di quello a monte. Generalmente è interessato il tratto retto-sigmoideo, con un rapporto maschi-femmine di 4:1. Alla base del meccanismo patogenetico c'è la mancata migrazione dei neuroblasti dalle creste neurali durante lo sviluppo embrionario, per cui l'affezione rientra tra le neurocrestopatie.
La malattia può esordire in epoca neonatale o nella prima infanzia. Nel primo caso i segni tipici sono la ritardata o mancata emissione di meconio, la distensione addominale, il vomito biliare, l'acidosi e lo squilibrio idroelettrolitico.
In epoca neonatale, anche dopo il trattamento definitivo della malattia, è possibile una complicanza grave come l'enterocolite, caratterizzata da vomito, diarrea e sepsi generalizzata. L'eziologia di tale complicanza, gravata da alta morbosità e mortalità, sembra multifattoriale e legata ad un'infezione da Clostridium difficile.
In caso di sintomatologia sfumata la diagnosi viene posta successivamente ed i sintomi di maggior rilievo sono la stipsi ingravescente o la stipsi alternata a diarrea. E' in genere presente encopresi. L'obiettività evidenzia un addome disteso e la palpazione rivela la presenza di masse fecali ed all'esplorazione rettale l'ampolla risulta vuota.
La diagnosi precoce in epoca neonatale riduce il rischio di enterocolite che aumenta con il permanere della stasi ed impone un trattamento rivolto alla decompressione a monte dell'ostruzione.
Nei reparti specializzati si svuota e si detende il colon con irrigazioni di soluzione fisiologica evitando la colostomia e le sue complicanze e preparando il neonato alla correzione chirurgica definitiva.

UN CASO NEONATALE DI ENDOCARDITE INFETTIVA

M. Vendemmia , I. Bernardo, C. Grassia, M. Laurenza, L. Abbate, A. Ansalone, G. Ausanio, D. D' Angelo, M. Panico, V. Rossi, D. Brescia, F. Crispino, A. Capasso, P. Falco e L. Falco

UOC Terapia Intensiva Neonatale e Trasporto Neonatale d'Emergenza - Azienda Ospedaliera S.Sebastiano e S.Anna Caserta

L'Endocardite Infettiva costituisce una significativa causa di morbilità nelle Terapie Intensive Neonatali con un'incidenza che varia da 0.07% a 4.3%. L'uso dei cateteri vascolari necessari nell'assistenza soprattutto dei più piccoli ne ha determinato un'aumentata frequenza; la diffusione dell'ecocardiografia, inoltre, consentendone la diagnosi precocemente, ne determina un'apparente aumento di incidenza.

Caso clinico
R è il secondo nato con taglio cesareo da gravidanza gemellare alla 35^{a} settimana, da madre con tampone vaginale positivo per Streptococcus Agalactiae. Il peso è 2280 grammi, l' Apgar 7 ad 1 minuto, 8 a 5 minuti. Viene trasferito in TIN a 48 ore di vita, per distress respiratorio e sospetta sepsi in neonato prematuro. All'ingresso in reparto le condizioni cliniche del piccolo sono gravi: si procede ad intubazione, ventilazione meccanica, terapia antibiotica ad ampio spettro previa esecuzione delle colture ed incannulamento della vena ombelicale.
Gli esami di laboratorio praticati all'ingresso confermano a pieno il sospetto di sepsi: indici di flogosi positivi, piastrinopenia persistente, coagulopatia. In seconda giornata di ricovero, nonostante la terapia in corso, si ha un ulteriore decadimento delle condizioni generali; nel sospetto di shock settico viene dato sostegno al circolo e sono somministrate Immunoglobuline per via endovenosa. Nell'ambito delle indagini viene eseguito un ecocardiogramma che evidenzia: contrattilità cardiaca depressa, endocardite con insufficienza valvolare aortica, mitralica e tricuspidalica.
Gli esami ematici successivi confermano lo stato settico; le condizioni cliniche migliorano lievemente. Dopo pochi giorni giunge l'esito dell'emocoltura: Streptococcus agalactiae, sensibile alla terapia in corso, che viene proseguita per quattro settimane. In pochi giorni si assiste ad un netto miglioramento delle condizioni cliniche e degli esami laboratoristici. Anche i controlli ecocardiografici mostrano una progressiva riduzione dell'insufficienza valvolare fino alla completa risoluzione dopo circa 20 giorni dall'inizio della terapia.

Discussione
L'Endocardite Infettiva è stata descritta in epoca neonatale con frequenza crescente negli ultimi anni. I casi riguardano neonati pretermine con cateteri venosi centrali. Questa popolazione è anche quella a maggior rischio di sepsi tardiva.
Il caso da noi descritto presenta alcune peculiarità: la precocità dell'esordio (sepsi precoce), l'assenza di malformazioni valvolari, predisponenti all'endocardite.
Tutti i casi di endocardite neonatali riportati in letteratura, sono descritti come complicanza di cateteri venosi e la patogenesi sarebbe correlata al danno dell'endocardio provocato dalla presenza del catetere centrale. Un'ipotesi patogenetica plausibile è rappresentata dall'adesione del germe alla superficie valvolare danneggiata, in misura minima, dalle brusche variazioni di pressione che si verificano nel passaggio dalla circolazione fetale a quella neonatale.
L'esecuzione precoce dell'ecocardiogramma ha permesso l'individuazione dell'interessamento valvolare in una fase iniziale e ciò ha consentito di somministrare una precoce e prolungata terapia antibiotica che ha garantito una completa guarigione.

PNEUMOTORACE: UN'EMERGENZA SEMPRE IN AGGUATO IN EPOCA NEONATALE.

Mormile R, Golia G, Colella A, Capasso MP, Coppola R, Della Corte G, Piccolo F, Cioffi C, Vitale R, Martiniello C^, Perri D

UOC Pediatria e Neonatologia; ^Radiologia- P.O. San G. Moscati – Aversa

Introduzione – Il pneumotorace (pnx) è caratterizzato dal passaggio di aria dall'interstizio polmonare nella cavità pleurica. Può essere spontaneo o secondario. La forma spontanea o primitiva si riscontra nell'1% dei neonati a termine apparentemente sani con una maggiore incidenza nel sesso maschile. Insorge frequentemente nel 1 gdv. Solo nel 10% è sintomatico. Si verifica soprattutto nei neonati a termine sani in seguito ai valori elevati raggiunti dalla pressione transpolmonare durante i primi atti respiratori. Il pneumotorace secondario è correlato frequentemente a patologie polmonari e/o alla ventilazione meccanica ed è di maggior riscontro nel pretermine. Compare di solito in 2-3 gdv. Il pnx è generalmente correlato ad una ventilazione alveolare disomogenea con air trapping. Un fattore di rischio è l'inalazione di meconio e/o polmoniti. Nel 15%-20% dei casi è bilaterale, le forme monolaterali interessano quasi esclusivamente l'emitorace dx. La sintomatologia clinica varia in rapporto alle dimensioni del pnx e alla patologia associata. Quando diventa iperteso esso deve essere drenato immediatamente onde evitare l'exitus repentino del neonato e/o invalidanti esiti neurologici a distanza per il rischio anossico e/o di emorragia intraventricolare. Generalmente si utilizza un trocart con drenaggio a caduta o in aspirazione continua. I sintomi principali di pnx grave sono rappresentati da dispnea ingravescente, riduzione della FC e della PA, silenzio auscultatorio dal lato interessato, difficoltà a percepire i toni cardiaci, iperespansione asimmetrica della gabbia toracica. In alcuni casi può associarsi un enfisema sottocutaneo e/o un pneumomediastino. L'emogasanalisi arteriosa evidenza ipercapnia con ipossiemia. Un piccolo pnx richiede un trattamento conservativo con ossigenoterapia a FiO2 elevate e osservazione clinica. La rx-torace rappresenta il gold standard per la diagnosi di pnx. Ogni neonato con dispnea deve essere sottoposto ad indagini ematochimiche e colturali al fine di escludere eventuali infezioni a localizzazione respiratoria come quella da Streptococcus Agalactiae.
Casi clinici-1) SF. EG 38w. PS. LA limpido. Apgar 1': 7, 5':8. PN Kg 2.980., L cm 50 cm. CC 33.8 cm. Intorno alla 5 ora di vita grunting con dispnea ingravescente. Silenzio auscultatorio a dx. Rx-torace:falda di pnx apico-basale dx. EAB artpH7.20, pC02 59, pO2 63, SatO2 86% in aria. Graduale riassorbimento della raccolta di aria senza necessità di drenaggio;2) SM. EG 38 w. PS. LA tinto di meconio. Macrosoma. Peso Kg 4.560. Frattura clavicola sx. Apagar 1': 8, 5':9. A 18 ore dalla nascita crisi di cianosi con tachipnea e desaturazione. Rx-torace: pnx apico-basale dx. Graduale riassorbimento con terapia conservativa. 3) SF. EG 36 w + 5gg. TC d'emergenza per sospetta sofferenza fetale. SGA kg 2150. Madre fumatrice. A 3 ore di vita tachipnea con necessità di ossigenoterapia. Rx-torace suggestivo di importante pnx apico-basale sx. Indagini colturali indicativi di infezione da Streptococcus Agalactiae. Indici di flogosi alterati. Ventilazione meccanica e drenaggio pleurico a 24 ore di vita. Lenta risoluzione senza esiti a distanza.
Conclusioni – Un'improvvisa dispnea in un neonato deve sempre mettere in allerta lo staff preposto all'assistenza al fine di diagnosticare quanto prima l'insorgenza di un pnx.E al riguardo, sarebbe auspicabile organizzare training e retraining per poter essere sempre pronti e tempestivi nel drenaggio.

SINDROME DI BALLER-GEROLD: DESCRIZIONE DI UN CASO

Alfonso D'Apuzzo, Giuseppe Miranda ,Giuseppina Mascolo, * Maria Ausilia.Cascone,* Antonio Ambrosio, Lucia Ponticiello**

Clinica S.Lucia S.G.Vesuviano; Pediatria Ospedaliera Na 3 Sud. , SUN Facoltà di Medicina e Chirurgia***

La sindrome di Baller- Gerold (BGS) è una rara condizione autosomica recessiva , caratterizzata dalla associazione di sinostosi cranica e anomalie degli arti superiori. Nel 64% dei casi è interessata la sutura coronale; possono essere contemporaneamente colpite più suture ,più frequentemente la coronale e la lambdoidea. Le anomalie degli arti superiori sono bilaterali nel 91% dei casi e più spesso si nota l'assenza o l'ipoplasia del pollice e del radio; seguono anomalie dei metacarpi ,delle falangi e dell'ulna. Nel 41% dei soggetti sono presenti anomalie dell'ano (imperforazione con fistola perineale o retto-vaginale, orifizio anale anteriorizzato). Alterazioni a carico dell'apparato urinario (rene unico o ectopico, ipoplasia vescicale, reflusso vescico-ureterale) sono state segnalate nel 23% dei casi; sono state descritte malformazioni cardiache (tetralogia di Fallot, difetto del setto interventricolare) e a carico del sistema nervoso centrale (idrocefalo congenito, agenesia del corpo calloso, asimmetria dei lobi cerebrali, micro-poligiria). nella medesima percentuale. Sono stati descritti due soggetti che presentavano ipertrofia delle isole di Langherans e crisi ipoglicemiche acute .E' stata avanzata l'ipotesi che queste possano rappresentare la causa di alcuni decessi di lattanti affetti da sindrome di Baller-Gerold, classificati come casi di SIDS (1). Il termine di sindrome di Baller-Gerold fu adoperato per la prima volta da Cohen nel 1979 per descrivere tre soggetti con turricefalia ed aplasia del radio, associazione già segnalata da Baller e da Gerold. Numerose sono le sindromi con associazione di sinostosi cranica e malformazioni multiple (s. di Crouzon, di Pfeiffer, di Apert, di Jackson-Weiss, , di Muenke, di Saethre-Chotzen) e più di cinquanta sono le sindromi comprendenti agenesia del radio , ma solo la sindrome di Baller-Gerold presenta l'associazione di sinostosi cranica ed ipoplasia degli arti superiori. In alcuni casi sono state descritte mutazioni del gene RECQL4 , recentemente è stata segnalata una mutazione del gene TWIST in un paziente con sindrome di Baller—Gerold (2).La nostra paziente A.F nata a 33 settimane di gestazione, per distacco di placenta . Asfissia perinatale Apgar: 1'= 4; 5'= 6 , kg 1.700. Alla nascita veniva operata di stenosi duodenale da pancreas anulare. Si faceva diagnosi di sindrome di Baller-Gerold per la presenza di craniostenosi, agenesia del radio destro, del 1° metacarpo, delle falangi del 1° raggio con aspetto corto, tozzo ed incurvato dell'ulna omerale, atresia duodenale , anomalie cardiache (DIV perimembranoso, DIA tipo FO e stenosi valvolare polmonare). L'esame del cariotipo era normale , assenti anomalie del centromero e frammentazione dei cromatidi. Ad 1 anno ricovero per plagiocefalia destra con scoliosi facciale, mano destra iperflessa. . Presentava stipsi progressiva e diagnosi di fistola ano-rettale , per cui veniva sottoposta ad intervento chirurgico con stomia colica transitoria, rimossa dopo con ricostruzione anale. Operata con ricostruzione della mano destra. Ricoverata all'età di 4 anni: kg 12,750 (5° perc), Altezza 94 cm (5-10 perc) , P/H= 10-25° perc. Soffio olosistolico 3/6 . Esami di routine ed immunoglobuline nella norma. . EEG normale, Ecocardiogramma : difetto interventricolare in sede sotto alveolare di tipo restrittivo, stenosi valvolare polmonare di grado lieve,vena cava superiore a sinistra. RMN tratto lombosacrale per stipsi ostinata e persistente: Sindrome del filium ispessito e fissato con idromelia midollare e presenza concomitante posteriormente al midollo dorsale in corrispondenza della spazio D7-D8 di una formazione ovalare di basso segnale di natura ossea. Sinostosi somatica C6-C7-D1. Agenesia del coccige. Regolare la morfologia del canale spinale. Ernia intraspongiosa di Schmore delle limitanti superiore di D11. Sottile cavità siringomielica estesa da D9 sino alla regione dell'epicono. Attualmente la piccola ha l'età di 12 anni , buone le condizioni cliniche con buon rendimento scolastico. La sindrome deve essere differenziata dalla sindrome di Roberts (caratterizzata da anomalia di separazione dei centromeri), dalla sindrome TAR (trombocitopenia e assenza del radio), nella quale è sempre presente il pollice, dalla sindrome di Holt-Oram, dall'associazione VACTERL, dalla sindrome di Fanconi , nella quale sono presenti alterazioni cutanee ed ematologiche, e da altre sindromi con anomalie degli arti superiori. Essendo una forma autosomica recessiva ,la probabilità per una coppia di avere un secondo figlio affetto dalla sindrome è del 25%. La diagnosi prenatale è legata esclusivamente al riconoscimento ecografico delle caratteristiche alterazioni del cranio e degli arti superiori.

Bibliografia:

Van Maldergen L, Verloes A, Lejeune L, Gillerot Y.
The Baller-Gerold syndrome.
J.Med Genet 1992: 29.266-8
GrippKW,Stolle CA, Celle L, McDonald-McGinn DM, Whitaker LA, Zackai EH.
Ttwist gene mutation in a patient with radial aplasia and craniosynostosis: furtther evidence for heterogeneityb of Baller Gerold syndrome.
Am J Genet Med 199999; 82(2):170 -6.

IPONATRIEMIA NEONATALE, DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO.

Alfonso D'Apuzzo, Giuseppe Miranda, M.A. Cascone,* G. Mascolo*, Antonio Ambrosio, Lucia Ponticielli**

*Clinica S. Lucia S. Giuseppe Vesuviano, Pediatria ASL NA 3 Sud *, SUN Facoltà di Medicina e Chirurgia***

Per iponatriemia s'intende una concentrazione sierica di sodio < a 133 – 135 mqE/l. ,essa diventa clinicamente significativa se < a 125 mq/l, e severa se < 120 mqE/l. Spesso è asintomatica ,talvolta causa apnea, convulsioni. Nel 50% dei bambini ospedalizzati con sodio < 120 mqE/l, si ha encefalopatia iponatriemica. Negli interventi chirurgici se vengono somministrate sol. Ipotoniche o se si libera arginina vasopressina (AVP) a causa di ipovolemia, dolore, narcotici. , si ha iponatriemia. L'adattamento del cervello all'iponatriemia è particolarmente delicato nell'immaturo cui comporta estrusione dalle cellule di osmoliti organici (come la taurina, mioinositolo, creatina e fosfati). e ridotta espressione dell'AQP4. Se la sodiemia viene corretta troppo velocemente (>0,5 mEq/L/ora e se c'è anche ipopotassiemia, si ha la mielinolisi osmotica pontina (lesione mediana triangolare ad ali di pipistrello), ed extrapontina(cervelletto, capsula interna, esterna, ippocampo, talamo e putamen). In presenza di iponatriemia neonatale l'algoritmo prevede la valutazione della volemia: in caso di deplezione del volume considerare la terapia diuretica , la cerebral salt wasting (CSW) con acido urico normale e l'insufficienza adrenocorticale. In caso di espansione del volume: l'insufficienza cardiaca , la sindrome nefrotica congenita, l'insufficienza renale acuta e cronica.. In corso di iponatriemia euvolemica, pensare alla sindrome da inappropiata secrezione di ormone antidiuretico(SIADH ; alla sindrome nefrogenica di inappropriata antidiuresi (NSIAD) e all'insufficienza surrenalica e all'ipotiroidismo. Nella CSW la perdita di sali, di origine centrale, si associa ad una deplezione di volume(<P.A. ed > F.C., disidratazione ed uricemia normale). La NSIAD (neonatal onset of nefrogenic sindrome of inappropriate antidiuresis).) in cui all'iponatriemia e all'ipoosmolarità c'è aumentata osmolarità urinaria (inappropriata natriuresi) da iperattivazione del recettore V2. .con emodiluizione.e clinicamente con irritabilità. senza legame tra AVP e VR2.. La congenital nefrogenic diabetes insipido (CNDI) invece è caratterizzata da poliuria, disidratazione, ipernatriemia , ipertermia, difetto di crescita, ritardo mentale, iperosmolarità e bassa osmolarità. Il n/s paziente è un neonato di 15 giorni, nato a termine da gravidanza normocondotta e da genitori non consanguinei, allattamento misto, a 7 giorni di vita qualche episodio di vomito e successivamente comparsa di rifiuto del latte e mancata crescita. Arriva alla n/s osservazione in condizioni cliniche compromesse: ipotonia, iporeattività , polso flebile, pallido, disidratato. Gli esami d'urgenza evidenziano una importante iposodiemia e .bassa l'osmolarità plasmatica con aumento della osmolarità urinaria(accentuata natriuresi). La presenza di iponatriemia con ipovolemia orienta per tre possibili diagnosi(terapia diuretica, cerebral salt wasting with normal uric acid, insufficienza corticosurrenalica) . L'aumento della concentrazione di Progesterone e di idrossi-progesterone orienta per l'iperplasia surrenale congenita. L'iperescrezione urinaria di pregnantiolo e dei 17 ketosteroidi ed il mancato aumento di cortisolo, di DOC e degli 11 deossicortisolo e dei loro metaboliti urinari dopo test all'ACTH al deficit della 21 idrossilasi. Elevata concentrazione ematica di attività reninica plasmatica (PRA), ed Aldosterone basso.Altre cause di perdita di sali sono il deficit di aldosterone da disturbo dei passaggi finali della sua sintesi e la resistenza all'aldosterone con conseguente perdita di sali, nonostante le concentrazioni elevate di aldosterone nel siero(Pseudoipoaldosteronismo (PHA), di cui si distinguono due forme : il tipo I autosomico recessivo (arPHA1) , potenzialmente mortale perchè la perdita di sali avviene non solo dal rene ma anche dal colon, dalle ghiandole sudoripare e dalle ghiandole salivari e necessita di alte dosi di chelanti del potassio e di integrazioni con sodio per poter sopravvivere. Cause dell'arPHA1 sono le mutazioni omozigote delle subunità alfa,beta,delta del canale del sodio epiteliale del tubulo renale distale e dei dotti collettori sulle quali l'aldosterone agisce per aumentare il riassorbimento del sodio per mantenere il volume intravascolare.La forma autosomica dominante del PHA1 (adPHA1) ha un decorso meno grave, non si ha perdita di sali con il sudore o le ghiandole salivari e i sintomi tendono a regredire dopo l'epoca neonatale. Nei pazienti con arPHA1, di solito il trattamento prosegue per tutta la vita, mentre il trattamento dell'adPHA1, termina solitamente nell'infanzia con la risoluzione dell'iponatriemia, l'iperpotassiemia e l'acidosi metabolica La terapia infusionale con soluzione glucosata al 5% piu soluzione di Nacl concentrato calcolato sulla base del fabbisogno con l'aggiunta di una quantità capace di correggere il deficit di sodio e cloro e la terapia cortisonica (idrocortisone 25 mg/m2/die in tre somministrazioni, DOCA 2-4 mg/die i.m. e 2-alfa-fluoro idrocortisone (0,025-0,2 mg/die in unica sommin.) permettono di migliorare gradatamente il quadro clinico. Vengono escluse la SIADH perché si manifesta con una più intensa sintomatologia neurologica, la s. Bartter che si accompagna ad ipopotassiemia per iperpotassiuria. Il monitoraggio della terapia ormonale contempla dosaggi seriati di 17-0H, Delta 4 A e Testosterone plasmatici e dei 17-cheto e pregnantriolo urinari. Il deficit di 21 idrossilasi è una delle cause più frequenti di sindrome adrenogenitale congenita(SAGC) , suddivisa in forma classica e non classica. La prima comprende due gruppi di pazienti: quelli virilizzanti che non riescono a sintetizzare aldosterone (perdita di sali), e quelli con normale sintesi di aldosterone , ma con segni relativamente gravi di iperandrogenismo(virilizzazione semplice). In queste forme le femmine presentano genitali ambigui di vario grado già in epoca neonatale. La forma non classica comprende sia pazienti che presentano segni di virilizzazione tardiva (forme sintomatiche), che soggetti senza manifestazioni cliniche evidenti (forme asintomatiche). La malattia è trasmessa in maniera autosomica recessiva ed il gene della 21 idrossilasi è localizzato sul braccio corto del cromosoma 6 . Attualmente sono state segnalate 16 aberrazioni della sequenza del gene come causa di deficit di 21 idrossilasi.. Lo screening neonatale contempla il dosaggio del 17-OH –progesterone su disco.

GENITALI AMBIGUI

Mario Giuffrè

Dipartimento Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo

Disordini dello sviluppo sessuale possono dipendere da cause e meccanismi patogenetici diversi, in grado di interferire in vari stadi del complesso percorso di determinazione e differenziazione sessuale. Numerosi sono i geni coinvolti (SRY, WT1, SOX9, SF1), in sinergia con fattori ormonali (testosterone e didrostestosterone per la differenziazione maschile) e recettoriali.

I principali disordini dello sviluppo sessuale sono caratterizzati dalla dissociazione tra assetto cromosomico ed assetto gonadico, o tra assetto gonadico ed aspetto dei genitali interni ed esterni, oppure infine da ambiguità dei genitali. Si possono quindi distinguere quadri di ermafroditismo vero (compresenza nello stesso individuo di tessuto gonadico maschile e femminile) e quadri di pseudoermafroditismo maschile o femminile (rispettivamente con cariotipo maschile o femminile e vario grado di ambiguità dei genitali interni e/o esterni).
L'inquadramento dei neonati con disordini della differenziazione sessuale si avvale di valutazioni cliniche e strumentali e di indagini ormonali, citogenetiche e molecolari. Una diagnosi precoce consente di intraprendere un adeguato e tempestivo percorso terapeutico medico e/o chirurgico, che deve avvalersi di un'equipe multidisciplinare con diverse figure professionali (neonatologo, endocrinologo pediatra, genetista clinico, biologo molecolare, chirurgo pediatra, psicologo) in grado di interagire e cooperare tra loro.
Una corretta attribuzione del sesso deve essere orientata alla diagnosi clinica e genetica ma anche alle possibilità di ricostruzione chirurgica anatomica e funzionale, nonché alle opportunità riproduttive dell'individuo, tenendo conto dei rapidi progressi delle scienze e tecnologie mediche in questi settori.

ABSTRACT
PEDIATRIA

UTILIZZO DEL LACTOBACILLO GG NEI BAMBINI CON DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI

T. Sabbi[1], M. Palumbo[1]

[1]*U.O.C. Pediatria ospedale Belcolle Viterbo*

SCOPO: stabilire se la somministrazione orale del probiotico Lactobacillo GG rispetto al placebo può migliorare la sintomatologia di bambini con dolori addominali funzionali.
PAZIENTI E METODI: abbiamo somministrato per via orale a 61 bambini con dolori addominali ricorrenti il probiotico Lactobacillo GG oppure placebo per 6 settimane ed abbiamo eseguito un follow up di 4 settimane. I bambini hanno partecipato ad uno studio placebo-controllato, randomizzato, doppio cieco.
RISULTATI: il probiotico GG, ma non il placebo, ha provocato una notevole riduzione di frequenza (P<.01) e di severità (P<.01) dei dolori addominali. Tali differenze erano significative anche alla fine del periodo di follow up (P < .02 e P < .001, rispettivamente).
CONCLUSIONI: il Lactobacillo GG si è mostrato superiore al placebo nel trattamento dei dolori addominali ricorrenti nel bambino ed ha ridotto significativamente la frequenza e la severità dei dolori addominali funzionali.

NUTRIZIONE: GLI INTEGRATORI NEL TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA IN ETA' PEDIATRICA

P. Assandro[1], F. Abello[1], O. Guardamagna[1]

[1]*Osp Infantile Regina Margherita, Dip. di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Università degli Studi di Torino*

Premessa. Il primo approccio nel trattamento delle dislipidemie pediatriche è basato sulla corretta nutrizione. Un'adeguata restrizione lipidica può ridurre la colesterolemia dell'8-15%, ma se insufficiente è possibile utilizzare integratori alimentari tra cui la fibra, dimostratasi efficace nell'adulto. Scarsi sono i trial controllati in pediatria. Scopo del lavoro: valutare l'efficacia dell'integrazione con glucomannano nella dieta STEP I per il controllo del profilo lipidico in bambini affetti da ipercolesterolemia primitiva. Materiali e metodi: Sono stati esaminati 36 bambini, 6-15 anni, 11 con Iperlipemia Combinata Familiare e 25 con Ipercolesterolemia Autosomica Dominante. Sono stati sottoposti a studio cross-over, randomizzato e controllato in doppio cieco di 8 settimane per ogni trattamento (4-6 gr glucomannano o placebo), con wash-out di 4 settimane. In condizioni basali ed al termine di ogni trattamento sono stati valutati Colesterolo totale (CT), HDL-colesterolo (HDL-c) e Trigliceridi (TG) con metodo enzimatico, ApoB e ApoA-I con immunoturbidimetria. Risultati: Il trial è stato completato da 35 pazienti, la compliance è stata del 98% e i bambini hanno mantenuto inalterate dieta e attività fisica. I bambini trattati con l'integratore hanno mostrato una riduzione statisticamente significativa di CT pari a 10.9 mg/dL (p=0.009), LDL-C 10.1 mg/dL (p=0.009) e nonHDL-C 11.6 mg/dL (p=0.002) che corrispondono rispettivamente a -5.1%, -7.3% e –7.4%. Non è stata riscontrata alcuna variazione per TG, HDL-C and ApoA-I. La crescita staturo-ponderale, il BMI e i valori pressori non hanno subito variazioni durante il trial. Nessun paziente ha riportato eventi avversi. Conclusioni: Questo studio dimostra l'efficacia dell'integrazione della dieta di tipo STEP I con glucomannano per il controllo del profilo lipidico in bambini affetti da ipercolestrolemia primitiva. Tale fibra deve essere assunta durante i pasti in adeguate quantità e associata a dieta qualitativa controllata in contenuto di grassi. L'integratore presenta buona tollerabilità gastrointestinale e ottima compliance. I risultati emersi confermano pertanto l'efficacia già riscontrata nell'adulto e forniscono le prime evidenze di uno studio cross-over in età pediatrica.

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRE-CLINICA DI DISLIPIDEMIA NEL BAMBINO CON FAMILIARITA' PER EVENTI CARDIOVASCOLARI

P. Assandro[1], F. Abello[1], O. Guardamagna[1]

[1]*Osp Infantile Regina Margherita, Dip. di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Università degli Studi di Torino*

Premessa. Le dislipidemie sono un fattore di rischio maggiore per le malattie cardiovascolari (CVD) ed il processo aterosclerotico ha il suo esordio in età pediatrica. La medicina attuale e la pediatria in particolare sono dunque volte all'individuazione pre-clinica di patologie degenerative, con distinzione tra dislipidemie primitive e secondarie.
Scopo del lavoro. Identificazione dei pazienti a rischio cardiovascolare perché affetti da dislipidemia primitiva ed esecuzione di indagini approfondite per la valutazione eziopatogenetica.
Materiali e metodi. Nei 499 pazienti esaminati (10.04±3.34 aa) è stata valutata la familiarità per dislipidemia e/o CVD mediante albero genealogico. Sulla base di indagini biochimiche di I livello (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi), i pazienti sono stati suddivisi secondo fenotipo Fredrickson: gruppo IIa, IIb, IV. Sono state poi eseguite indagini di II e III livello (apolipoproteina B e apolipoproteina A-I, lipoproteina(a), omocisteina, genotipo ApoE, ricerca mutazioni geni).
Risultati. Il 9.6% dei bambini era affetto da dislipidemia secondaria e il 90.4% da forme primitive. Dei 373 soggetti con alterazione di colesterolo e/o trigliceridi il 68.4% presentava fenotipo IIa, il 26.5% IIb e il restante 5.1% fenotipo IV. Tra i dislipidemici le indagini di II e III livello hanno individuato: 30.80% Ipercolesterolemia Dominante, 25.70% Ipercolesterolemia Familiare, 21.96% Iperlipemia Combinata Familiare, 13.3% Iperlipoproteinemia(a), 4.2% Ipertrigliceridemia, 4% forme rare. Sul totale dei bambini, il 70.7% aveva anamnesi familiare positiva per CVD, il cui 52.9% precoce.
Conclusioni. Questo studio sottolinea la necessità di effettuare -secondo le Linee Guida 2008 dell' AAP- esami di II e III livello in bambini e adolescenti con familiarità per dislipidemia e/o CVD, con particolare attenzione agli eventi precoci. Sulla base dello screening selettivo familiare eseguito sul territorio, saranno i pediatri ospedalieri a prendere in cura i bambini affetti da dislipidemia primitiva e a rivolgersi ai centri lipidologici pediatrici di riferimento in caso di forme rare o di inadeguata risposta terapeutica (modificazione stile di vita, dietoterapia, integratori ed eventuali farmaci).

SOTTO SOTTO C'E' QUASI SEMPRE LEI

F. Moscatelli [1], G. Barracchia[1], G. Inchingolo [1], R. Musaico [1], N. Leonetti[1], M. Di Noia [1], V. Fortunato [1]
[1]*U. O. di Pediatria-Neonatologia ospedale Lorenzo Bonomo, Andria*

INTRODUZIONE
Correlazione tra ASMA,TROMBOCITOPENIA E CELIACHIA.
CASO OGGETTO
L. A., di aa 3 e 4/12, si ricovera per una broncopolmonite dx a forte componente asmatica. MACROSOMIA FETALE. Anamnesi muta. Durante il ricovero, si evidenzia piastrinopenia (Plt 26000 mmc), che migliora grazie a terapia cortisonica instaurata per la componente broncostruttiva. Prick test positivi per graminacee, bianco e rosso d'uovo, nocciola ed arachidi, IgA anti-transglutaminasi ed Ema fortemente positivi. La piccola viene dimessa con dieta priva di glutine.
A distanza di un mese, L. A. torna per la comparsa di petecchie al volto, mani e cosce ed ecchimosi al ginocchio. Data la marcata piastrinopenia (Plt: 5000/mmc), con anemia e linfoadenomegalia l. c., pratica due cicli ev di Ig (1g/kg/dose), senza significativo aumento delle stesse. Per la comparsa di una profusa epistassi, viene sottoposta ad aspirato midollare, con esito, fortunatamente, negativo.
La tipizzazione HLA di classe II per la celiachia, le IgA anti Tg, gli anticorpi anti- endomisio, confermano la diagnosi di celiachia. Causa il protrarsi della piastrinopenia, si escludel biopsia e si eseguono boli ev di solumedrol con esito parzialmente positivo sul numero delle piastrine. Si dimette con dieta priva di glutine.
Successivi follow-up, hanno presentato normalizzazione del reperto toracico, regressione dell'anemia e della piastrinopenia. A tutt'oggi, gode di buona salute, con dieta priva di glutine.
CONCLUSIONI
La M. C. oligosintomatica può associarsi ad una serie di malattie:
1. Autoimmunitarie (Diabete, Tiroidite, Porpora trombocitopenia, epatite cronica, connettiviti, etc…)
2. Neurologiche (Epilessia)
3. Polmonari (Asma, Sarcoidosi).
Le alterazioni immunitarie sono alla base della patogenesi delle malattie autoimmuni, ma non è ancora del tutto chiaro se queste siano primitive o secondarie alla celiachia..
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:
• Sollid L.M., Molberg ø., McAdam S., Lundin K.E.A. (1997). Autoantibodies in celiac disease: tissue transglutaminase-guilt by association? Gut; 41: 851-582.
• Kocna P., Vanìckovà Z., Perusicovà J., Dvoràk M., (2002). Tissue Transglutaminase-Serology Markers for Celiac Disease. Clinical Chemistry Lab. Med., 40 (5): 485-492

SEDAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA PER PROCEDURE DIAGNOSTICHE COMPLESSE.NOSTRA ESPERIENZA CON IL CLORALIO IDRATO.

N. Ribatti[1], G. Zinfollino[1]

[1]*U.O. di Pediatria e Neonatologia, Osp.L.Bonomo Andria (Bat)*

La sedazione in ambito pediatrico non è una terapia primaria, ma un trattamento di effetti secondari alle procedure diagnostiche complesse,come dolore, ansia e movimenti indesiderati che potrebbero limitare la procedura delle stesse, aumentando i tempi di esecuzione.
Da circa due anni nella nostra U.O operativa si è cominciato ad intraprendere una sedazione non anestesiologica pro fonda,nei pazienti pediatrici che dovevano essere sottoposti ad indagini diagnostiche complesse,ricorrendo all'uso del Cloralio Idrato al 10% per via orale ,e al 20% per via rettale.
Abbiamo assistito sia in D.H che in regime di ricovero a 90 pazienti di età compresa tra 2-8 anni cui abbiamo pratica to un nostro protocollo con risultati positivi.

I TEST DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA NEL BAMBINO PICCOLO E NON COLLABORANTE

A.A. Niccoli[1], G. Castellucci[1]

[1]*U.O. di Pediatria, Osp. S.Matteo degli Infermi Spoleto*

Tipologia dei test di funzionalità respiratoria nel bambino non collaborante:
a- Nei primi 2 anni : Pattern Ventilatorio, Meccanica Polmonare, Capacità Funzionale Residua, Flussi Espiratori Forzati
b- Tra 3 –5 anni : Misurazione delle Resistenze Respiratorie con la tecnica dell'Interruzione di Flusso (Rint), Oscillometria forzata
Tecnica della Rint: Misura la meccanica respiratoria sulla base delle variazioni di pressione che si verificano alla bocca in seguito ad una brusca interruzione del flusso#. Durante una breve interruzione del flusso aereo alla bocca , a respiro corrente, della durata di 100 ms, la pressione alveolare si mette rapidamente in equilibrio con la pressione alla bocca, che rappresenta la differenza di pressione che si aveva nelle vie aeree al momento dell'interruzione. Dividendo questa pressione per il flusso misurato immediatamente prima dell'occlusione si ottiene la resistenza misurata con l'interruzione di flusso
Esecuzione del Test:
posizione seduta, applicare uno stringi naso, boccaglio tra i denti con labbra serrate, testa leggermente estesa, guance sostenute
Impostazione dello strumento:
1- Trigger dell'occlusione: si utilizzano come trigger determinati valori di flusso , 03-07 Ls-1
2- Espirazione o Inspirazione? : il RINT espiratorio è più sensibile alle variazioni di calibro delle vie aeree
3- Numero dei singoli Valori: generalmente si eseguono dieci interruzioni per averne almeno sei accettabili
4- Calcolo della pressione alla bocca: retro-estrapolazione lineare su due punti tra 30 e 70 ms dopo l'interruzione
5- Media o Mediana: non vi sarebbe differenza significativa tra media e mediana di
valori
6- Espressione dei valori misurati: Rint predetto 2.126878 – (0.012538 x H cm)#oppure Z- score (distanza espressa in deviazioni standard dalla media teorica)# si ottiene da: Rint misurato – Rint predetto / 0.20380.038

L'UTILIZZO DEI MEDIA VISIVI: VIDEOGIOCHI E TELEVISIONI E I DISTURBI DELL'ATTENZIONE-LA NOSTRA ESPERIENZA

N. Tafuro[1], I. Maritato[1], A. Capolongo[1], F. Tafuro[1], G. Ferraro[1], S. Bonelli[1], L. Tortora[1], M. Barbato[1], A. Cutillo[1], A. Barbato[1], E. Carrella[1]

[1]*ASL NA3 SUD - U.O.C. di Pediatria e Neonatologia, Osp. S.Maria della Pietà,Nola - Primario G.Vergara*

Nella società di oggi,i ragazzi che si espongono per troppe ore al giorno,ai videogiochi ed alla televisione hanno più probabilità degli altri di determinare disturbi dell'attenzione.Si nota spesso una maggiore aggressività ed una ridotta resa scolastica.Gli adolescenti spesso sono attratti e stimolati per diverse ore da programmi televisivi e da videogiochi,incontrando difficoltà a prestare attenzione ad attività che non sono tali da catturarla,come i compiti scolastici.Si può verificare aumento dei disturbi dell'attenzione nei bambini nei primi tre anni di età e anche oltre la prima infanzia,con minore funzione esecutiva e controllo cognitivo pro-attivo.Abbiamo costituito un gruppo di pediatri,psicologi,educatori,anche volontari per studiare 1300 bambini che sono pervenuti nel nostro pronto soccorso pediatrico negli ultimi tre anni.Attraverso le testimonianze da parte loro e anche dei genitori che hanno monitorato il tempo trascorso con videogiochi e tv o attraverso la segnalazione dei disturbi dell'attenzione da parte dei loro insegnanti si è potuto delineare un quadro completo di tale situazione.Abbiamo chiesto se il bambino aveva difficoltà a concentrarsi su un compito o interrompeva spesso l'attività degli altri bambini o aveva difficoltà a prestare attenzione.Per esaminare l'entità dell'associazione tra esposizione ed i disturbi concomitanti dell'attenzione abbiamo calcolato i coefficienti di correlazione tra esposizione settimanale totale ai media visivi e i disturbi dell'attenzione nei campioni in età medio-infantile;in rapporto al sesso,i maschi presentano maggiore probabilità delle femmine e in rapporto alla classe frequentata si ha maggiore probabilità nelle classi più basse.Abbiamo constatato che i bambini che hanno superato il livello raccomandato dall'American Academy of Pediatric di esposizione di più di 2 ore al giorno complessive,hanno maggiore probabilità di avere disturbi dell'attenzione superiori alla media.Abbiamo concluso che la durata del tempo impiegato a utilizzare videogiochi si associa a maggiori problematiche attentive.L'associazione tra videogiochi e disturbi dell'attenzione è risultata simile per entità all'associazione alla televisione,specie nel campione in età medio-infantile.

DISEASE MANAGEMENT E PATOLOGIE CRONICHE PEDIATRICHE

A. Mazza[1], L. Gentilini [1], P. Chiarello[1], L. Iori[1], G. Stringari[2], A. Mazza[3]
[1] *U.O. di Pediatria, Osp. Valli del Noce - Azienda Sanitaria Provincia Autonoma di Trento*
[2]*Dip. di Pediatria Università di Parma*
[3]*Dip.di Pediatria Università di Padova*

Obiettivi specifici:
Progettare dei servizi ospedalieri e territoriali uniti, per garantire la continuità assistenziale al paziente e ai familiari significa mettere il bambino al "centro" di questo complesso sistema organizzativo sanitario. La discontinuità assistenziale tra ospedale e territorio determina una non compliance alle cure. L'assistenza integrata necessita della partecipazione di specialisti, operatori sanitari dell'ospedale e del territorio affiancati dai servizi socio assistenziali per pianificare un sostegno ai bambini con patologie croniche. Il modello assistenziale del Disease Management, si basa su un approccio integrato della malattia di quel bambino in quel determinato contesto con il suo vissuto, e ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del bambino, "qualità di vita" (secondo "salute globale" indicato dall'OMS) DMAA Website 5/02/01
Le cause di discontinuità assistenziale possono essere:
• Mancanza di comunicazione
• Conflitto e pregiudizi
• Diverse modalità per gestire una patologia
• Mancanza di conoscenza dei vari servizi
La COLLABORAZIONE ospedale e territorio, "vedere tutto attraverso gli occhi dei bambini" (Riley CM, Editorial comment in Journal of Pediatrics, 1964).
Materiale e metodi:
Gli attori sono:
• Pediatra ospedaliero
• Personale infermieristico ospedaliero
• Pediatra del territorio
• Personale infermieristico del territorio
• Servizi socio-assistenziali del territorio
• Specialisti ambulatoriali
• Personale amministrativo
• Bambino
• Familiari
• Associazioni
Conclusioni:
L'integrazione tra i vari attori del processo di continuità assistenziale, inserito nella rete territoriale per migliorare la qualità di vita del bambino/familiari necessita di
• Sorveglianza globale centrata sui bisogni del singolo
• Percorsi integrati per garantire la continuità
• Accordo sugli interventi da effettuare
• Pronta disponibilità delle informazioni sanitarie aggiornate
• Riduzione dei ricoveri e i degli accessi al pronto soccorso
• Fornire agli attori il know how per la gestione del paziente

PEDIATRIA DI PRIMO LIVELLO (MISSIONE POSSIBILE?)

A. Mazza[1], A. Mazza[2]
[1]*U.O. di Pediatria Osp. Valli del Noce - Azienda Sanitaria Provincia Autonoma di Trento*
[2]*Dip. di Pediatria Università di Padova*

Premesse
Motivazioni che rendono difficile mantenere attività pediatriche presso presidi ospedalieri di valle e che sono tra di loro strettamente collegate.
Carenza di organico medico
Carenza di organico infermieristico
Difficoltà di mantenere nel tempo adeguata professionalità per :
• Ridotti stimoli di crescita legata a turni impegnativi e per trasferimento in altra sede dei pazienti con patologie più complesse
• Minori occasioni formative (difficoltà nel frequentare corsi)
• Ridotte opportunità diagnostiche di laboratorio e radiologia
Obiettivi specifici
Se è necessario il mantenimento del presidio pediatrico di primo livello, in considerazione del suo ruolo importante nel filtrare le situazioni meno impegnative, con mansione anche di tipo sociale nell'evitare maggiori disagi alle famiglie per trasferimento in ospedali distanti bisogna creare i presupposti che garantiscano una motivata funzione.
Materiali e metodi
Attività da garantire
Attività di ricovero diurno in O.B. e in D.H. anche per assicurare ai pazienti affetti da patologie croniche la possibilità di proseguire le terapie prosso il presidio periferico
Attività di consulenza al Pronto Soccorso
Presenza medica diurna con un pediatra proveniente a rotazione come da programmazione dal centro di secondo/terzo livello
Favorire con adeguata pianificazione la presenza del pediatra specialista che potrebbe svolgere attività ambulatoriale per pazienti affetti da patologia che normalmente vengono valutati dallo stesso nel presidio di 2°- 3° livello
Conclusioni e risultati
o garantire presenza qualificata anche in periferia, mantenendo nel tempo la continuità assistenziale
o offrire le prestazioni specialistiche che si devono ottenere lontano con riduzione dei costi sociali
o alleggierire l'attività ambulatoriale dei grossi centri
o qualificare il presidio periferico coinvolgendo il personale medico ed infermieristico nel processo di cambiamento creando stimoli di crescita
o favorire il dialogo tra i pediatri del territorio e lo specialista del presidio ospedaliero di 2°/3° livello presente in valle

CISTI DA ECHINOCOCCO (IDATIDOSI): DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

A. Cirisano[1], M. Cretella[1], G. Frandina[1], N. Lazzaro[1], C. Pacenza[1], C. Rosso[1], S. Sisia[1], F. Paravati[1], P. Comberiati[2]

[1]*S.O.C. di Pediatria, Ospedale "S.Giovanni di Dio", Crotone*

[2]*Clinica Pediatrica, Università La Sapienza, Roma*

G.P.,10 aa,giunge per febbre,dispnea,tosse,dolore toracico,alitosi,condizioni generali scadute.All'anamnesi:febbre elevata(>40)con tosse accompagnata a vomito e secrezioni maleodoranti.L'RX torace evidenzia pleuro-polmonite dx trattata a domicilio con amoxicillina da 5 gg.All'ingresso:ridotta penetrazione d'aria in regione medio-basale dx con gemiti,rantoli e sfregamenti.Esami ematochimici:leucocitosi neutrofila e PCR elevata.Si intraprende terapia con ceftriaxone e claritromicina con miglioramento delle condizioni cliniche ma reperto toracico invariato.Agli esami di controllo:modica eosinofilia,per tale motivo esegue:TAC torace:"nel lobo medio area di consolidazione disomogenea per la presenza di strie iperdense e immagini aeree in comunicazione con il bronco segmentale mediale,che prende contatto con la pleura e con il mediastino,reazione pleurica con aspetto saccato in sede postero-basale,adenopatie mediastiniche".Ecoaddome:"fegato,milza,pancreas nella norma;ampio versamento pleurico che risale in alto a camicia".Ecocardiografia:"modico versamento pericardico".Continua antibioticoterapia con ulteriore miglioramento clinico ma il reperto toracico permane invariato con aumento dell'eosinofilia.Un supplemento di anamnesi rivela frequenti contatti con cani.Questo ci induce ad eseguire: Ab anti echinococco: presenti + TAC torace(controllo dopo 8 gg):"formazione espansiva,che occupa quasi completamente il lobo medio...compatibile con cisti idatidea".Si intraprende terapia con mebendazolo e cefixima e si invia presso centro chirurgico di III livello che conferma la necessità di intervento dopo terapia con albendazolo per 90 gg.Dopo 3 mesi:intervento di lobectomia polmonare dx.Terapia domiciliare:albendazolo 225 mg x 2/die per un mese.Controllo Ab antiechinococco dopo 30 e 60 gg:assenti.Attualmente il paziente è in buone condizioni e non presenta segni di recidiva.Segnaliamo questo caso per evidenziare che: 1-l'iniziale ipotesi clinica (pleuropolmonite)era dovuta alla suppurazione della cisti idatidea; 2-la prima TC torace ci ha tratto in inganno; 3-l'ipereosinofilia e il contatto con i cani ci ha indirizzati verso la giusta ipotesi diagnostica; 4-non abbiamo forse tenuto in debita considerazione la presenza iniziale dell'espettorato maleodorante.

INDICE DI ISPESSIMENTO PERICORONARICO (IPC): MARKER UTILE NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA DI KAWASAKI

A. Vaccaro[1], A. Azzarelli[2], S. Ruggieri[1], R. Domenici[1]
[1]*U.O. di Pediatria, Ospedale di Lucca*
[2]*U.O. di Cardiologia, Ospedale di Lucca*

L'incidenza di alterazioni del calibro e della morfologia delle coronarie rilevabili con metodica eco in corso di Malattia di Kawasaki (MK) è valutata tra il 15 e il 25% nei soggetti non trattati e scende al circa il 5-7% nei pazienti sottoposti a terapia con gamma-globuline. Le alterazioni coronariche (CC) più specifiche e sensibili generalmente compaiono piuttosto tardivamente, a partire dalla 10° gg, mentre nel corso della prima settimana di malattia è stato descritto solamente un incremento dell'ecoriflettenza dei tessuti pericoronarici secondario alla vasculite e perivasculite acuta dei piccoli vasi tra i quali i vasa vasorum delle coronarie. Scopo: cercare un parametro ecocardiografico che permetta di riconoscere precocemente e misurare in maniera affidabile e riproducibile il coinvolgimento dei tessuti pericoronarici. Abbiamo utilizzato l'indice di ispessimento pericoronarico (IPC) un parametro eco ottenuto dal rapporto tra le dimensioni del manicotto tissutale pericoronarico (MPC) misurato in proiezione parasternale asse-corto ed apicale 4-5 camere nel primo tratto della coronaria sx e dx e quelle della radice aortica misurata nel punto di origine degli osti coronarici. Le dimensioni del MPC sono state ottenute dalla somma del diametro coronarico esterno e dello spessore del tessuto perivascolare. Abbiamo studiato 6 paz (Gr.A) con diagnosi clinica di MK valutati con eco tra il 3° ed il 5° gg di malattia. Nello stesso periodo abbiamo standardizzato il valore normale del IPC studiando 121 soggetti (Gr.B) di età compresa tra 1 mese e 3 anni. Nel Gr.B il valore dell'IPC è risultato pari a 0.33±0.07 . Dei 6 paz. del Gr.A solo uno aveva una dilatazione, di grado lieve, delle dimensioni delle coronarie , mentre in tutti era presente un aumento dell'ecoriflettenza e delle dimensioni del MPC ed il valore dell'IPC è risultato significativamente maggiore rispetto a quello del Gr.B, 0.5±0.02 ($p<0.001$). Nel follow-up successivo in tutti i paz del Gr.A è stata confermata la regressione delle alterazioni del MPC con normalizzazione del valore dell'IPC (0.35±0.06). Conclusione: la valutazione dell'IPC è risultato un metodo molto sensibile per identificare i soggetti affetti da MK anche in assenza di lesioni coronariche maggiori.

DISOSTOSI CRANIO-FACCIALE DI CROUZON:DESCRIZIONE DI UN CASO

L. Sirianni[1], M. Mancuso[1]

[1]*U.O. Pediatria, Osp. Soveria Mannelli, ASP Catanzaro.*

PG giunge alla nostra osservazione all'età di 2 anni e 4/12 per scarso accrescimento ponderale. I genitori sono molto preoccupati perché il piccolo mangia poco anche se è molto vivace e poi vorrebbero essere rassicurati su "gli occhietti un po' sporgenti".
Anamnesi personale:Primogenito nato da genitori non consanguinei, da gravidanza normocondotta e da parto spontaneo. Peso alla nascita gr. 2700, nessun evento perinatale degno di nota. Allattamento materno per poche settimane poi latte artificiale. Divezzamento all'età di 5 mesi. Sviluppo psico-motorio: lieve ritardo del linguaggio. Deambulazione autonoma all'età di 14 mesi.
E.O: Facies con lineamenti grossolani, assolutamente caratteristici. Volta cranica appuntita, occipite piatto, ipertelorismo, bulbi oculari prominenti (proptosi), strabismo divergente, naso a becco, prognatismo della mandibola con labbro superiore corto, impianto basso delle orecchie. Mani e piedi indenni. Torace di forma cilindrica. Attività cardiaca nella norma. Colorito cutaneo roseo-pallido, mucose idratate. Ha praticato Rx Cranio: sinostosi di tutte le suture con disostosi cranio facciale. Eco-cardio: normale.
I genitori sono tranquilli anche perché il bambino come dice orgogliosa la sua mamma è proprio il ritratto di suo padre. Le caratteristiche fenotipiche sono molto suggestive della sindrome di Crouzon, è stata programmata l'indagine genetica.
La sindrome di Crouzon o disostosi cranio-facciale è la più frequente delle sindromi con craniosinostosi; rappresenta il 4.8% delle craniostenosi alla nascita, descritta da Crouzon per la prima volta nel 1912. La sindrome è caratterizzata dalla precoce saldatura delle suture coronali con conseguente brachicefalia ed occipite piatto, da ipoplasia delle strutture mediane della faccia, proptosi secondaria a riduzione volumetrica delle orbite, esoftalmo, esoforia, micrognazia, ipertelorismo, naso a becco. La trasmissione è di tipo autosomico dominante oppure può manifestarsi sporadicamente ed è dovuta alla mutazione di un gene che codifica per un recettore del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2) che mappa sul braccio lungo del cromosoma 10 (10q26).La diagnosi è basata sulle caratteristiche cliniche, sulle indagini neuro radiologiche e genetiche.

DISOSTOSI CRANIO-FACCIALE DI CROUZON:DESCRIZIONE DI UN CASO

L. Sirianni[1], M. Mancuso[1]

[1]*U.O. Pediatria, Osp. Soveria Mannelli, ASP Catanzaro.*

PG giunge alla nostra osservazione all'età di 2 anni e 4/12 per scarso accrescimento ponderale. I genitori sono molto preoccupati perché il piccolo mangia poco anche se è molto vivace e poi vorrebbero essere rassicurati su "gli occhietti un po' sporgenti".
Anamnesi personale:Primogenito nato da genitori non consanguinei, da gravidanza normocondotta e da parto spontaneo. Peso alla nascita gr. 2700, nessun evento perinatale degno di nota. Allattamento materno per poche settimane poi latte artificiale. Divezzamento all'età di 5 mesi. Sviluppo psico-motorio: lieve ritardo del linguaggio. Deambulazione autonoma all'età di 14 mesi.
E.O: Facies con lineamenti grossolani, assolutamente caratteristici. Volta cranica appuntita, occipite piatto, iperteloresmo, bulbi oculari prominenti (proptosi), strabismo divergente, naso a becco, prognatismo della mandibola con labbro superiore corto, impianto basso delle orecchie. Mani e piedi indenni. Torace di forma cilindrica. Attività cardiaca nella norma. Colorito cutaneo roseo-pallido, mucose idratate. Ha praticato Rx Cranio: sinostosi di tutte le suture con disostosi cranio facciale. Eco-cardio: normale.
I genitori sono tranquilli anche perché il bambino come dice orgogliosa la sua mamma è proprio il ritratto di suo padre. Le caratteristiche fenotipiche sono molto suggestive della sindrome di Crouzon, è stata programmata l'indagine genetica.
La sindrome di Crouzon o disostosi cranio-facciale è la più frequente delle sindromi con craniosinostosi; rappresenta il 4.8% delle craniostenosi alla nascita, descritta da Crouzon per la prima volta nel 1912. La sindrome è caratterizzata dalla precoce saldatura delle suture coronali con conseguente brachicefalia ed occipite piatto, da ipoplasia delle strutture mediane della faccia, proptosi secondaria a riduzione volumetrica delle orbite, esoftalmo, esoforia, microgrnazia, ipertelorismo, naso a becco. La trasmissione è di tipo autosomico dominante oppure può manifestarsi sporadicamente ed è dovuta alla mutazione di un gene che codifica per un recettore del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2) che mappa sul braccio lungo del cromosoma 10 (10q26).La diagnosi è basata sulle caratteristiche cliniche, sulle indagini neuro radiologiche e genetiche.

NUOVE PROPOSTE TERAPEUTICHE NELLA NAFLD CORRELATA ALL'OBESITA': LACTOBACILLUS RHAMNOSUS

L. Ferrante[1], C. Mandato[2], I. De Micco[1], M.R. Licenziati [2], D.F. Vitale[3], G. Paolella[4], S. Lenta[1], C. Veropalumbo[1], S. Maddaluno[1], N. Di Cosmo[1], A. Franzese[1], P. Vajro[4]

[1]*Dip. di Pediatria, Univ. di Napoli "Federico II"*

[2]*Pediatria AORN Cardarelli, Napoli*

[3]*Fondazione Maugeri, Telese (BN)*

[4]*Pediatria, Univ. di Salerno & Univ. di Napoli "Federico II"*

Premessa: Diversi studi attestano la correlazione tra il malfunzionamento dell'asse intestino-fegato e la comparsa di danno epatico in roditori e in esseri umani affetti da steatosi epatica non alcolica (NAFLD).

Scopo dello studio: Questo studio si propone di analizzare gli effetti a breve termine di una terapia con lactobacillus rhamnosus GG in pazienti pediatrici affetti da epatopatia correlata ad obesità e con scarsa compliance alla dieta dimagrante e alle modifiche dello stile di vita.

Materiali e Metodi: Sono stati inseriti nello studio 20 bambini obesi (età 10.7 ± 2.1 anni) affetti da ipertransaminasemia persistente e fegato brillante all'ecografia. Dopo un'iniziale valutazione antropometrica,clinica e laboratoristica, i pazienti sono stati sottoposti a test più specifici: ecografia epatica e test standard per la valutazione della funzionalità epatica, H2 breath test al glucosio per intestino infetto, TNFalfa. Sono stati inoltre ricercati anticorpi anti PG-PS quali eventuali markers di eccessiva proliferazione batterica del piccolo intestino. Dopo l'OGTT e dopo aver escluso le principali cause di epatopatie, i pazienti hanno iniziato una terapia orale di 8 settimane con probiotici (12 miliardi CFU/die) in uno studio pilota controllato e in doppio cieco.

Risultati: Le indagini effettuate mostravano quali alterazioni epatiche un innalzamento delle ALT e un fegato brillante all'ecografia. Le IgA anti-PG-PS erano elevate nonostante la normalità dell' H2BT. Un'analisi multivariata dei parametri studiati ha mostrato che il significativo decremento delle ALT (variazione media vs. placebo p 0.03) e delle IgA antiPG-PS (variazione media versus placebo p 0.03) dopo il trattamento con probiotici era indipendente dalle variazioni del BMI z score e del grasso viscerale. Il valore di TNFalfa e il reperto ecografico di fegato brillante rimanevano abbastanza stabili.

Conclusioni: I risultati del presente studio pilota confermano che il lactobacillus rhamnosus GG può essere considerato come presidio terapeutico per il miglioramento della ipertransaminasemia ma non della steatosi epatica nei pazienti obesi che sono incapaci di modificare il proprio stile di vita e/o seguire diete dimagranti. Sono raccomandati ulteriori studi su più larga scala.

LE BRONCOPOLMONITI: VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES CLINICI E DELL' INCIDENZA DELLE FORME ATIPICHE

L. Masi[1], R. Amelio[1], G. Buttaro[1], E. Palma[1], C. Nisi[2], M.G. Colella[1]

[1]*U.O.C. di Pediatria - P.O. di Formia, ASL Latina*

[2]*Laboratorio di Virologia - Ospedale "L. Spallanzani" Roma*

La broncopolmonite rappresenta una delle patologie che rientra tra le cause di piu' frequente ricovero in età pediatrica (1). L'incidenza delle forme atipiche sostenute da germi quali Mycoplasma Pn. e Chlamydia Pn. raggiunge il picco massimo in corrispondenza dell'età pre-scolare e scolare (2). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'incidenza delle forme atipiche sul nostro campione e valutare i principali outcomes clinici, farmacologici e radiologici. 28 bambini con broncopolmonite (16 M e 12 F) sono stati ricoverati durante il semestre compreso tra luglio 2010 e dicembre 2010 presso l'ospedale "Dono Svizzero" di Formia (LT). I piccoli pazienti hanno praticato all'ingresso: valutazione della T.C., Emocromo con formula, PCR, Rx torace. Dopo 15 gg, è stata effettuata in tutti i bambini la sierologia per Chlamydia Pneumoniae per Mycoplasma. I bambini hanno effettuato terapia con cefalosporine (cefazolina e ceftriaxone) in associazione con claritromicina. Nei 28 bambini ricoverati è stata riscontrata positività vs. Ab Anti-Mycoplasma in 5 bambini (21,42%) , mentre in 2 bambini (7,14%) è stata riscontrata positività per gli Ab Anti-Chlamydia. I risultati ottenuti mostrano una sostanziale omogeneità tra gli outcomes clinici, farmacologici e radiologici delle polmoniti totali rispetto alle forme interstiziali: si rileva un maggiore aumento , peraltro non significativo a causa dell'esiguità del campione osservato, del numero totale dei globuli bianchi e della PCR nel gruppo di bambini con broncopolmonite con sierologia positiva per atipici. Un altro aspetto interessante da osservare riguarda il quadro radiologico che solo nel 50% dei bambini mostra il classico pattern interstiziale da broncopolmonite atipica. In conclusione, i risultati ottenuti documentano un' incidenza delle forme atipiche sovrapponibile a quella nazionale, con pattern clinico-strumentali non omogenei ma da confermare ottenendo una più ampia casistica.

Bibliografia

1.Don M et al. .Community-acquired pneumonia in children: what's old? What's new? Acta Paediatr. 2010;99(11):1602-8

2.Wolf J et al. Microbiological aspects of bacterial lower respiratory tract illness in children:atypical pathogens. Paediatr Respir Rev. 2007;8(3):212-9

DOLORE ADDOMINALE DI DIFFICILE DIAGNOSI

A. Sparagna[1], G. Maria[1], V. Sinno[1], G. Buttaro[2], R. Amelio[2], C. Carfora[1], F. Coreno[1], I. Fardella[1], L. Masi[2], P. Monaco[1], M. Pensavecchia[1], M.G. Colella[2]

[1]U,O.C. di Chirurgia Generale - P.O. di Formia, ASL Latina

[2]U.O.C. di Pediatria - P.O. di Formia, ASL Latina

Bambino di 13 anni viene alla nostra osservazione per vomito (1 episodio ogni 2 giorni); da circa 20 giorni presenta dolori addominali persistenti localizzati in epigastrio per cui ha praticato terapia con fermenti lattici senza beneficio. All'esame clinico l'addome appare diffusamente dolente alla palpazione superficiale e profonda. Gli esami ematochimici effettuati risultano nella norma. La consulenza chirurgica non rileva evidenza di patologia chirurgica in atto. Il paziente viene quindi dimesso. Dopo 24 ore il piccolo ritorna alla nostra osservazione per la persistenza dei sintomi con alvo chiuso a feci e gas. L'esame obiettivo mostra un addome trattabile ma dolente in regione sovrapubica, in mesogastrio ed in fossa iliaca sx , alla palpazione superficiale e profonda. Il quadro clinico è caratterizzato da crisi dolorose subentranti da addome acuto intermittente. L'addome tra una crisi dolorosa e la successiva si mostra palpabile e non è indicativo per localizzazione. Pratica Rx torace e diretta addome ed ecografia addome completo negativa. L'emocromo mostra un aumento dei G.B. (13.600) con leucocitosi neutrofila (11.380). Si esclude clinicamente una appendicopatia e, nel sospetto di diverticolosi, esegue una TAC addome completo. Quest'ultimo esame mette in evidenza la presenza di una massa di circa 3,5 cm di diametro localizzata tra le anse intestinali in fossa iliaca sx in prima ipotesi dovuta ad un diverticolo di Meckel (DM). Il piccolo è sottoposto ad intervento chirurgico nella stessa giornata con asportazione di diverticolo (3x2,5x2,5 cm) a circa 70 cm dalla valvola ileo-cecale, perforato alla base. Il successivo esame istologico conferma la diagnosi pre-operatoria. L'incidenza del DM nella popolazione oscilla intorno al 1-2 % e il rapporto maschi/femmine è pari a 3/1. La maggior parte dei pazienti è completamente asintomatica. La diagnosi preoperatoria è difficile e si avvale della TC con mezzo di contrasto e della scintigrafia con Tc99m (1).

Bibliografia 1. Sagar J et al. - Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med. 2006;99(10):501-5

UMANIZZAZIONE AREA PEDIATRICA: PROGETTO RICOVERO PAZIENTI < 12 ANNI PER TUTTE LE PATOLOGIE CON CARTELLA CLINICA DI PEDIATRIA

M.G. Colella[1], M. Esposito[2], A. Gallo[3], E. MIrante[4], A. Perlini[5], A. Rebonato[6], P. Montesano[7], E.B. Cassetta[8]

[1]*Direttore U.O.C. di Pediatria - P.O. di Formia, ASL Latina*

[2]*Direttore U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - P.O. di Formia, ASL Latina*

[3]*Direttore U.O.C. ORL – Università "La Sapienza", Roma - Sede distaccata Terracina (LT)*

[4]*Direttore DEA - P.O. di Formia, ASL Latina*

[5]*Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia - Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia*

[6]*Direttore U.O.C. di Chirurgia - P.O. di Formia, ASL Latina*

[7]*Direttore f.f. - P.O. di Formia, ASL Latina*

[8]*Direttore sanitario aziendale ASL Latina*

Il Rapporto sulle caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica del Ministero della Salute (1) ha stabilito che più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica nonostante quanto stabilito dalla Carta Europea dei bambini degenti in ospedale (2) e dalla Convenzione Internazionale di New York (3). Gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, nell'Area Pediatrica, stabiliscono i bisogni dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente. Si delinea, pertanto, la necessità di una forma integrata specialistica di assistenza ospedaliera, con ricovero specifico in reparto di Pediatria. L'Azienda ASL Latina, facendo proprie le direttive del SSN 2003-2005 e 2006-2008, ha stabilito tra gli obiettivi prioritari dal 2008 il ricovero in pediatria per tutte le patologie chirurgico/ortopediche con scheda di dimissione ospedaliera di pediatria. Destinatari del Progetto sono i bambini di età < 12 anni che necessitano di ricovero per patologie chirurgico/ortopediche. Avviato in modo sperimentale nel 2008, è al momento, completamente operativo ed include anche patologie otorinolaringoiatriche.

Nel 2009, su un numero totale di 774 ricoveri, sono stati ricoverati 105 bambini (13,5%) per patologie di interesse chirurgico, con ulteriore incremento nel 2010 (176 su 834 totali – 21,10%). La realizzazione del progetto "Umanizzazione Area Pediatrica" dell'ASL Latina ha comportato l'attuazione di un gruppo integrato di lavoro tra le diverse figure professionali specialistiche, attraverso un protocollo operativo condiviso. Le nuove procedure assistenziali e le nuove modalità di comunicazione hanno permesso un deciso miglioramento dell'assistenza globale pediatrica soprattutto sotto il profilo dell'approccio psicologico ed umano all'utente in età pediatrica ed alla sua famiglia. Inoltre, è migliorata in appropriatezza la valutazione dei DRG chirurgici e medici.

Bibliografia

1.Rapporto sulle caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica. Ministero della Salute 05/05/2004

2.Carta Europea dei bambini degenti in ospedale, 1986. Parlamento europeo, Risoluzione del 13/05/1986

3.Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia. New York, 20/11/1989

COME PREVENIRE GLI ERRORI TERAPEUTICI IN PEDIATRIA

M. Caloiero[1], F. Saullo[2]
[1]*U.O. Pediatria, Osp. Giovanni Paolo II, Lamezia Terme*
[2]*U.O. Farmacia, Presidio Ospedaliero di Soveria Mannelli*

Premessa ed Obiettivi: La sicurezza della terapia farmacologica in età pediatrica rappresenta un grave problema che preoccupa in maniera crescente i sistemi sanitari del mondo intero, è di notevole importanza cominciare a sviluppare una nuova cultura, non punitiva, degli errori in sanità in grado di introdurre dei cambiamenti attraverso la segnalazione, la discussione e revisione.
Scopo dello Studio: Lo studio ha lo scopo di dimostrare come una stretta collaborazione tra reparto e farmacia e l'analisi attenta di eventuali errori terapeutici possa migliorare la qualità delle prestazioni minimizzando rischi ed eventi avversi.
Materiali e Metodi: Lo studio è condotto presso l'U.O. di pediatria di Lamezia Terme, le iniziative adottate sono le seguenti: introduzione di un sistema di prescrizione elettronico per eliminare gli errori dovuti alla trascrizione; pubblicazione, in accordo con la farmacia ospedaliera, di una lista di farmaci a rischio che possono essere fatali per il bambino; analisi di tutti i casi di errori terapeutici più importanti, per assicurare rimedi immediati e prevenire ulteriori errori; calcolo computerizzato della dose e del volume di farmaco da somministrare ai bambini, in base al peso corporeo ed all'età; preparazione del dosaggio da parte del farmacista dei farmaci utilizzati in modalità off-label.
Risultati: I risultati hanno mostrato una chiara riduzione degli errori, sia di prescrizione, che di somministrazione e di calcolo, ma in modo particolare di dosaggio, soprattutto in pediatria, infatti, non esistendo in commercio farmaci specifici per il bambino, si ricorre spesso a ricostituzioni dei medicinali a disposizioni, spesso con preparazioni estemporanee, nella maggior parte dei casi poco precise. L'utilizzo di supporti informatici per il calcolo della giusta dose e la preparazione di quest'ultima da parte del farmacista, che opera secondo le norme di buona preparazione, hanno evitato imprecisi adattamenti da parte di medici ed infermieri.
Conclusioni: Anali razionali degli errori commessi, adozione di supporti informatizzati e cooperazione tra le varie figure ospedaliere si sono rivelati validi strumenti per prevenire i sempre più temuti errori terapeutici.

MIGRAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE PEDIATRICO:IL CASO DEL BAMBINO CAMPANO

G. Paolella[1], G. Longo[2], E. Celentano[2], T. Saccheri[3], G. Gentile[4], C. Pinto[5], V. Scafarto[6], A.M. Bianchi[6], P. Vajro[1]

[1]*Cattedra di Pediatria, Facoltà di Medicina, Univ. di Salerno & AOU di Salerno*

[2]*ARSAN Campania*

[3]*Dipartimento DISUFF, Facoltà Lettere e Filosofia, Univ. di Salerno*

[4]*ASL Salerno*

[5]*Facoltà di Economia,Univ. di Salerno*

[6]*AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno*

Premessa e obiettivi

La migrazione sanitaria pediatrica extraregionale in mobilità passiva concorre alle spese evitabili a carico del Meridione italiano. Il presente studio svolto in Campania analizza dati epidemiologici utili alla comprensione delle cause che sottendono il fenomeno.

Metodi

Con l'archivio regionale SDO della Agenzia Regionale Sanitaria della Campania è stata analizzata la mobilità osped. intraregionale (aa 2006-10) ed interregionale (aa 2005-09) dei pz pediatrici. Il n° di dimissioni dalle Unità Operative pediatriche è stato valutato ripartendo i pz per raggruppamento di DRG (diagnosis-related group), ASL di residenza, e fascia di età.

Risultati

Negli aa 2006-10 le più frequenti patologie responsabili di ricovero pediatrico in Campania sono risultate quelle dell'app. respiratorio (18%) e digerente (17.5%), seguite da patologia endocrina, nutrizionale e metabolica (13%), dell'orecchio, naso e gola (8.8%), e del sistema nervoso (7.2%).

Relativamente agli aa 2005-09, le m. del sistema nervoso (12,5%), muscolo scheletriche e connettivali (12,2%) costituiscono il maggior n° di dimissioni di bambini campani da strutture extra regionali, seguite da disturbi di orecchio, naso e bocca (8.2%), nefro-urinari (7.9%), mieloproliferativi e neoplastici (7.6%), e mentali (7.4%).

Il flusso fuori regione è risultato prevalente verso l'ospedale Bambin Gesù (38.4%), seguito dagli ospedali di Lazio (14.3%), Toscana (10,9%), Liguria (8.2%), Lombardia (7%) ed Emilia Romagna (6.5%).

Conclusioni

Il n/s studio individua alcuni gruppi di patologie più frequentemente responsabili di migrazione sanitaria pediatrica Campana. E' in corso un'analisi più dettagliata del fenomeno epidemiologico su base territoriale regionale per una valutazione economica e sociale del fenomeno. Un censimento delle strutture e delle risorse specialistiche sarà utile a verificare il ruolo di mancata informazione e/o valorizzazione delle specialità pediatriche esistenti vs effettive carenze strutturali e/o professionali correggibili con l'implementazione dei settori carenti. Potrà essere utile un osservatorio per valutare l'efficacia delle misure correttive.

STUDI DI POSSIBILI BASI GENETICHE DELL'ERITROCITOSI POST-EPATOTRAPIANTO PEDIATRICO

L. Ferrante[1], M. Caropreso[1], M. Ferraro[2], N. Di Cosmo[1], G. Paolella [3], C. Veropalumbo[1], S. Lenta[1], C. Gentile[1], I. De Micco[1], S. Perrotta[2], P. Vajro[3]

[1]*Dip. di Pediatria, Univ. di Napoli "Federico II"*

[2]*Pediatria, "Seconda Università di Napoli"*

[3]*Pediatria Univ. di Salerno & Univ. di Napoli "Federico II"*

Premessa: Abbiamo precedentemente riportato che durante il follow up di alcuni pazienti sottoposti a trapianto epatico (OLT) può svilupparsi un quadro di eritrocitosi. Nonostante l'eziologia della patologia rimanga per lo più sconosciuta, sono attualmente disponibili maggior conoscenze sulle anomalie genetiche eventualmente correlate alla patogenesi dell'eritrocitosi.

Obiettivi: Abbiamo deciso di approfondire il background genetico di 5 pazienti che hanno sviluppato tale disordine ematologico in seguito a OLT.

Materiali e metodi. L'età media dei pazienti che manifestavano eritrocitosi normocitica post OLT era di 14,8 ± 4,3 anni. Il tempo trascorso dal trapianto era di 9,1 ± 5,1 anni. Questi pazienti erano stati sottoposti ad OLT per complicanze di atresia biliare (n= 4) e per sindrome di Crigler Najjar (n=1). La diagnosi di eritrocitosi post-OLT era stata posta sulla base di un ematocrito (Ht) > 51% ± emoglobina (Hb) > 16 g/dl o > 2SD in 2 o più controlli clinici consecutivi, in assenza di altre cause. Sono state ricercate mutazioni di JAK2 V617F, dell'esone 12 di JAK2, dell'oxygen sensing pathway (VHL, PHD2, HIF-2α), delle emoglobine ad alta affinità per l' ossigeno e del recettore dell'eritropoietina.

Risultati: I n/s pazienti presentavano un valore medio di MCV di 85.9 ± 4.7 fl. I valori medi di Hb e Ht erano 17.34 ± 0.6 g/dl e 50.3 ± 2.5 % rispettivamente. I valori di EPO erano nella norma (3-20 mU/ml) in 4 pazienti. Solo un paziente sintomatico, con cisti renali, mostrava un valore di EPO più elevato (38 mU/ml). Le mutazioni genetiche normalmente associate alle eritrocitosi congenite o acquisite non erano presenti in nessuno dei nostri pazienti, come mostrato di seguito nella tabella. Solo in un paziente è stata riscontrata una sostituzione C>T in posizione 552 nel gene VHL, responsabile di una mutazione silente.

Conclusioni: I fattori genetici da noi presi in considerazione non sono coinvolti nello sviluppo di eritrocitosi post-trapianto. Questa condizione potrebbe pertanto essere il risultato dell'effetto combinato di altri e molteplici fattori correlati come l'eritropoietina, il sistema renina-angiotensina, l'appartenenza al sesso maschile, cisti renali e altre condizioni non ancora ben identificate.

DIAGNOSI PRECOCE DI DISTROFIA MUSCOLARE ASINTOMATICA SULLA BASE DI RISCONTRO CASUALE DI IPERTRANSAMINASEMIA ASSOCIATA A NAFLD

C. Gentile[1], C. Veropalumbo[1], E. Del Giudice[1], G. Paolella[2], S. Maddaluno[1], I. De Micco[1], L. Ferrante[1], R. Parente[2], N. Di Cosmo[1], A. Erra[2], P. Vajro[2]

[1]*Dip. di Pediatria, Univ. di Napoli "Federico II"*

[2]*Pediatria, Univ. di Salerno & Univ. di Napoli "Federico II"*

Premessa

Presentiamo il caso di un bambino affetto da steatosi epatica non alcolica (NAFLD) correlata ad obesità in cui viene successivamente diagnosticata distrofia muscolare di Duchenne/Becker (DBMD). La persistenza della sola ipertransaminasemia dopo risoluzione della steatosi deve indurre il sospetto di patologie epatiche e extra-epatiche responsabili di tale reperto. Una diagnosi precoce è fondamentale per attuare un trattamento specifico.

Case Report

Paziente obeso di 7 aa con ALT e AST 3 volte i valori normali (VN) per età. Le indagini escludono altre cause di epatopatia e mostrano un reperto ecografico di steatosi confermato istologicamente. Dopo dieta ipocalorica si assiste a riduzione del peso corporeo e della iperecogenicità epatica in 4 mesi. L' ipertransaminasemia persiste (AST e ALT x 5 e 4 volte VN, rispettivamente). A 9 aa viene indirizzato alla nostra unità di epatologia pediatrica. Risulta negativo un nuovo screening per le cause di epatopatia con riscontro alla visita di sfumata pseudoipertrofia dei polpacci. I dosaggi degli enzimi muscolari mostrano lattico deidrogenasi pari a 2,5 volte i VN, creatinchinasi pari a 30 volte i VN, aldolasi pari a 11 i volte VN. La manovra di Gowers è lievemente positiva con riflessi tendinei profondi vivaci. Il test molecolare sul gene della distrofina per la diagnosi di DBMD evidenzia una macrodelezione degli esoni 45-48, compatibile con la patologia. Sono stati prescritti una attività fisica moderata e una dieta mirata per preservare la funzione muscolare e la massa magra.

Conclusioni

La DBMD è una causa di ipertransaminasemia in età pediatrica. Fino al 50% dei pz può essere in sovrappeso nelle prime fasi di malattia; tale eccesso ponderale può contribuire ad una progressione delle lesioni. Non sono stati sinora segnalati altri casi di NAFLD in pazienti obesi con DBMD. Non può essere escluso un coinvolgimento dell'insulino-resistenza nella patogenesi. Il trattamento dovrebbe evitare una dieta ipocalorica drastica responsabile di un'ulteriore perdita di massa magra. Il nostro caso mostra che la DMBD può essere un'altra componente del "NASH trash bin" e che l'approccio al pz con distrofia muscolare in fase precoce deve considerare un'eventuale coinvolgimento epatico.

ANTICONVULSIVANTI DI VECCHIA E NUOVA GENERAZIONE ED ALTERAZIONI EPATICHE

C. Gentile[1], C. Veropalumbo[1], S. Maddaluno[1], I. De Micco[1], L. Ferrante[1], A. Erra[2], R. Parente[2], G. Paolella[1], E. Del Giudice[1], P. Vajro[2]

[1]*Dip. di Pediatria, Univ. di Napoli "Federico II"*

[2]*Pediatria, Univ. di Salerno & Univ. di Napoli "Federico II"*

Premessa: Il fegato è uno dei maggiori target di tossicità dei farmaci antiepilettici.
Scopo dello studio: Analizzare gli effetti collaterali epatici dei farmaci antiepilettici di prima, seconda e terza generazione.
Materiali e Metodi: Analisi retrospettiva sui test di funzionalità epatica di 56 bambini (30M/26F) seguiti presso il Dipartimento di Pediatria della Federico II in terapia con antiepilettici. Escluse altre cause di ipertransaminasemia.
Risultati: L'età media era di 9 anni (range: 0.4-22 aa). Il periodo medio di trattamento era di 5.8 aa; 34 pz in monoterapia [76% con farmaci di I generazione: VPA (acido valproico) > PB (fenobarbitale) > CBZ (carbamazepina); 24% con farmaci di II e III generazione: TPA (topiramato) = LEV (levetiracetam) > LTG (lamotrigina) = OXC (oxacarbamazepina)]. Le associazioni più usate nella duplice (n=17) e triplice (n=5) terapia erano rispettivamente VPA + LEV e PB + LTG + LEV.
In 16/56 pazienti sono state riscontrate alterazioni epatiche: l'iperGGT isolata (n=9) è stata rilevata principalmente in pazienti trattati con PB [in monoterapia (n =2) o in associazione con altri farmaci di I (2VPA, 1 CBZ) e/o di II e III generazione (1TPM, 1 LTG, 1 VPA+TPM AEDs)]. L'iperGGT era verosimilmente indotta dal fenomeno di induzione enzimatica piuttosto che da colestasi, come confermano i valori di acidi biliari sierici risultati normali.
I rimanenti 7/16 casi mostravano una modesta ipertransaminasemia [isolata (n= 3: 2VPA, 1 TPM) o associata ad iperGGT (n= 4: 3 PB in monoterapia, 1 PB+LEV+LTG in triplice terapia)]. Ad eccezione di 2 pz trattati con VPA i rimanenti non presentavano danno epatico clinicamente rilevante.
In 20 pz, di cui 17/20 in terapia con VPA, è stato riscontrato aumento di peso. Uno ha sviluppato insulino-resistenza e NAFLD (steatosi ecografica), risoltesi dopo sospensione della terapia.
Conclusioni: Le alterazioni epatiche in bambini trattati con antiepilettici sono più frequenti con i farmaci di I generazione, soprattutto PB e VPA. Esse sono risultate clinicamente ininfluenti ed autolimitanti, ad eccezione di 2 casi in terapia con VPA. Il VPA sembra anche essere collegato ad aumenti di peso. Le alterazioni epatiche da antiepilettici di II e III sembrano finora molto rare.

ERITRODERMIA LAMELLARE DESQUAMATIVA NON CONGENITA (SINDROME DI LEINER-MOUSSOUS): DESCRIZIONE DI UN CASO.

N. Lazzaro[1], A. Cirisano[1], M. Cretella[1], G. Frandina[1], C. Pacenza[1], C. Rosso[1], S. Sisia[1], F. Paravati[1], P. Comberiati[2]

[1]*U.O.C. Pediatria, Ospedale "S.Giovanni di Dio", Crotone*

[2]*Clinica Pediatrica, Università La Sapienza, Roma*

La Sindrome di Leiner-Moussous è una rara forma di eritrodermia desquamativa non congenita descritta per la prima volta da Leiner nel 1908. Di solito si presenta come complicanza grave di una dermatite seborroica o di una dermatite atopica del lattante. Descriviamo un caso clinico giunto alla nostra osservazione: K.H.,maschio,figlio di genitori tunisini, giunge alla nostra osservazione all'età di 2 mesi e 20 gg per "stato di abbattimento in grave dermatite". All'ingresso il piccolo presenta ipotonia e grave eritrodermia desquamativa diffusa su tutto il corpo: la cute si sfalda in squame cutanee larghe evidenziando epidermide intensamente secca ed iperemica, è presente prurito. Gli esami ematochimici rilevano una disidratazione ipernatriemica per cui inizia terapia infusionale correttiva e per l'eritrodermia trattamento con grandi quantità di topici cutanei idratanti ed emollienti. Viene dimesso, dopo una settimana, con topici cutanei ad azione idratante. Dopo circa tre mesi di apparente benessere, il piccolo torna alla nostra osservazione nuovamente per la riacutizzazione dell'eritrodermia e della desquamazione cutanea. Gli esami mettono in evidenza solo una lieve ipertransaminasemia, non sono presenti deficit immunologici. Un supplemento di anamnesi mette in evidenza l'interruzione della terapia pochi giorni prima per motivi economici (i genitori non avevano la possibilità di acquistare i farmaci). Viene dimesso, dopo opportuna terapia, in buone condizioni cliniche. Dopo solo due settimane torna di nuovo alla nostra osservazione con la medesima sintomatologia. Visto il ripetersi degli eventi acuti, si allertano i servizi sociali per un sostegno alla famiglia (anche economico) e per la sorveglianza della corretta applicazione della terapia. Attualmente il piccolo è in buono stato di salute e non ha avuto altri episodi acuti. Segnaliamo questo caso per la rarità della sindrome e per sottolineare l'importanza della terapia reidratante ed emolliente cutanea che costituisce il trattamento idoneo a prevenire gli episodi di riacutizzazione e le complicanze (infettive e generali) ad essi legate.

DIVERTICOLO VESCICALE COME CAUSA DI INFEZIONI RICORRENTI DELLE VIE URINARIE: CASO CLINICO

V.A. Caiulo[1], S. Caiulo[2], C. Gargasole[3], F. Moramarco[1]
[1]*U.O. Pediatria - Ospedale Perrino, Brindisi*
[2]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*
[3]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo San Paolo Humanitas, Università degli Studi, Milano*

Il diverticolo vescicale è costituito da una protrusione della mucosa vescicale attraverso un difetto della parete muscolare. Spesso è primario; più raramente è secondario a ostruzione o a disfunzione neurogena. Nella gran parte dei casi è asintomatico, ma a volte può causare infezioni delle vie urinarie (IVU), ritenzione di urine, reflusso vescico ureterale (RVU), ostruzione. La sede più frequente del diverticolo congenito è in prossimità dello sbocco ureterale (il cosiddetto diverticolo di Hutch); in questo caso molto spesso si verifica il reflusso vescico ureterale, ma può anche verificarsi una ostruzione dello sbocco ureterale in vescica. I diverticoli congeniti generalmente hanno una larga base d'impianto, si dilatano durante la minzione, per poi svuotarsi parzialmente in vescica dopo la minzione. In questo modo si determina un ristagno urinario che favorisce lo sviluppo di infezioni.
La diagnosi viene posta con la cistografia, ma il diverticolo può essere visualizzato con l'ecografia. Il trattamento consiste nella escissione chirurgica e nella ricostruzione della parete vescicale.
Recentemente è giunto alla nostra osservazione il piccolo M.N., 3 anni e 4 mesi di età, ricoverato per bronchite spastica. Nell'anamnesi diversi episodi di IVU, più frequenti nell'ultimo anno. Per tale motivo veniva eseguito un esame ecografico dell'apparato urinario, che non evidenziava alterazioni a carico dei reni, mentre si visualizzava, posteriormente e lateralmente a destra della vescica, una formazione anecogena ovoidale che comunicava ampiamente con la vescica, compatibile con voluminoso diverticolo vescicale. La cistografia confermava la diagnosi e non evidenziava RVU. Il bambino è stato sottoposto ad intervento chirurgico ed attualmente viene monitorato presso il nostro centro.

DIAGNOSI OCCASIONALE DI CISTI DEL COLEDOCO

V.A. Caiulo[1], S. Caiulo[2], C. Gargasole[3], F. Moramarco[1]

[1]*U.O. Pediatria - Ospedale Perrino, Brindisi*

[2]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

[3]*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo San Paolo Humanitas, Università degli Studi, Milano*

La dilatazione cistica del coledoco è una rara affezione congenita ad eziologia sconosciuta descritta per la prima volta da Vater nel 1723. Nei bambini più grandi e nell'adulto il quadro clinico all'esordio è dato spesso dalla classica triade: ittero, dolori addominali, massa palpabile. Nei primi mesi di vita l'esordio può essere più subdolo, mimare l'atresia delle vie biliari e, se non trattato, può portare a cirrosi e all'insufficienza epatica. Una colangite o una pancreatite possono complicare questa malformazione a causa del reflusso pancreatico nella via biliare o del reflusso biliare nel dotto pancreatico.

Calcoli intracistici sono presenti talvolta nei teenager e negli adulti, mentre nei pazienti più giovani usualmente viene osservato, raramente, solo fango biliare.

V.G. 7 anni, ricoverato per valutare una cisti addominale visualizzata occasionalmente durante un esame ecocardiografico. Venivano eseguiti gli esami di routine risultati nella norma. L'esame ecografico evidenziava, in prossimità dell'ilo epatico, una formazione sferoidale, di 36 mm di diametro, a margini netti e contenuto anecogeno, che presentava all'interno una formazione ovoidale di 9 mm, iperecogena. Tale formazione risultava mobile con le variazioni di decubito del paziente. L'aspetto ecografico indirizzava verso la diagnosi di litiasi in dilatazione cistica del coledoco di tipo I secondo la classificazione di Todani. (Am J Surg. 1977 Aug;134(2):263). La colangiografia intraoperatoria ha confermato la diagnosi. L'intervento chirurgico ha comportato l'escissione radicale della cisti con epaticodigiunostomia su ansa ad Y. Il decorso post operatorio è stato regolare.

Ci è sembrato interessante segnalare questo caso sia per la rarità della patologia, che per la totale assenza di sintomi che potessero indirizzare verso la diagnosi. Le complicanze della cisti del coledoco asintomatica sono rappresentate da pancreatite, perforazione spontanea, colelitiasi, colangiti, cirrosi biliare secondaria ipertensione portale; inoltre, soprattutto le cisti di tipo I e IV, comportano un elevato rischio di evoluzione neoplastica (Todani T. Cancer 1979; 44:1134) Per tale motivo è raccomandata sempre l'escissione chirurgica, anche in assenza di sintomatologia.

DIETA SENZA GLUTINE E SOVRAPPESO NEI BAMBINI CELIACI

C. Tolone[1], V. Pellino[1], R. Nacca[1], I. Belfiore[1]

[1]*Dip. Pediatria Seconda Università Napoli*

La terapia della celiachia si basa al momento esclusivamente sulla eliminazione del glutine dalla dieta. Oltre ai tanti alimenti naturalmente privi di glutine c'è sul mercato grande disponibilità di cibi gluten-free che ha incrementato la possibilità di scelta da parte dei pazienti aiutandoli anche a non sentirsi "diversi" . Numerosi prodotti dietoterapici presentano composizione nutrizionale sbilanciata essendo troppo ricchi di grassi(saturi)per migliorare la palatibilità.I celiaci assumono spesso una eccessiva quantità giornaliera di tali prodotti.Abbiamo ritenuto interessante valutare:1)la prevalenza del sovrappeso e dell' obesità nei bambini e negli adolescenti celiaci a dieta aglutinata rispetto ai coetanei di controllo2)quanto la prevalente assunzione di tali prodotti possa influire sull'eccesso ponderale nel celiaco rispetto ad una dieta con prodotti naturalmente privi di glutine.Sono stati esaminati 396 celiaci(2-17 anni) seguiti presso il nostro Dipartimento dal 1994 al 2011.E' stato escluso chi non aderiva correttamente alla dieta aglutinata(88).Dei 308 pazienti abbiamo valutato la differenza di peso e altezza a distanza di 3 anni dalla diagnosi. Sono stati considerati lo stile di vita(numero di ore trascorse con TV/videogames e attività motoria svolta nell'arco della settimana)e le abitudini alimentari mediante un recall 24 h e valutato peso e altezza dei genitori per cercare eventuale familiarità per sovrappeso/obesità.Alla diagnosi i celiaci in sovrappeso erano 29 e gli obesi 6. Dopo 3 anni di dieta 48 in sovrappeso e 25 obesi.Confrontando i celiaci divisi in 2 gruppi (A sovrappeso e obesi,B normopeso)è emerso che:1)non c'è differenza statisticamente significativa fra i gruppi sia per quanto riguarda le ore di TV/ videogames sia per l'attività sportiva 2)non c'è differenza per quanto riguarda la familiarità per sovrappeso/obesità.3)c'è differenza statisticamente significativa fra i 2 gruppi per quanto riguarda il consumo giornaliero di dietoterapici (4.13 gruppo A, 2.72 gruppo B)Conclusioni:è sicuramente utile non eccedere nel consumo di prodotti "gluten free" e preferire alimenti naturalmente privi di glutine.

DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI E CELIACHIA

C. Tolone[1], I. Belfiore[1], V. Pellino[1], N. Mirto[1], S. Tolone[2]
[1]*Dip. Pediatria Seconda Università Napoli*
[2]*Dip. Chirurgia Seconda Università Napoli*

I dolori addominali ricorrenti (DAR) nel bambino e nell'adolescente sono molto frequenti spesso sono motivo di preoccupazione sia per i genitori sia per il piccolo paziente, peggiorando a volte la qualità di vita del bambino e causando anche lunghe assenze scolastiche.L'esclusione di una presente causa organica che spieghi il dolore può dar luogo a test diagnostici inutili,gravosi per il paziente e che comportano dei costi a carico sia del Sistema Sanitario Nazionale che dei genitori oltre a quelli per terapie farmacologiche e\o dietologiche non sempre necessarie. Per tale motivo la Società Nord Americana di Gastroenterologia Pediatrica, ha raccomandato l'approfondimento diagnostico solo in presenza dei cosidetti segni o sintomi d'allarme(familiarità per IBD,celiachia,ulcera,vomito persistente,diarrea cronica, febbre di origine sconosciuta,etc).Poiché però la celiachia oggi è una patologia con una prevalenza di circa l' 1% e può manifestarsi con un corteo sintomatologico quanto mai vario,abbiamo ritenuto opportuno eseguire la sierologia per celiachia in una coorte molto ampia di bambini ed adolescenti affetti da DAR giunti alla nostra osservazione nell'ambulatorio di Gastroenterologia Pediatrica della SUN.Sono stati esclusi dallo studio quei pazienti che riferivano evidenti errori alimentari e che rivisti dopo 2 mesi di corretta alimentazione non presentavano più dolori addominali.Su un totale di 309 bambini con una età media di 8.9 anni (145 M, 164 F) abbiamo effettuato 42 diagnosi di celiachia(sulla base di sierologia specifica e dell'esame istologico).La percentuale di celiachia in soggetti con dolori addominali ricorrenti è risultata essere quasi del 13,5%.Abbiamo inoltre ulteriormente suddiviso questi soggetti in 2 gruppi:A)DAR accompagnati da sintomi d'allarme e B)DAR senza alcun sintomo d'allarme.Ben 17 su 42 pazienti risultati celiaci, non avevano presentato altro sintomo se non frequenti ed infondati dolori addominali(il 5,5 dei soggetti esaminati).
Conclusioni: a nostro avviso quando i DAR si presentano con elevata frequenza e sono tali da inficiare la qualità della vita, anche in assenza di qualunque altro sintomo(vomito,diarrea,calo ponderale,etc),è necessario praticare almeno la sierologia per celiachia.

RUOLO DELLE VIE DI TRASDUZIONE DEL SEGNALE PRO-SOPRAVVIVENZA NELLA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA PER IDENTIFICARE NUOVI TARGET TERAPEUTICI IN ETÀ PEDIATRICA

F. Casale[1], V. D'Angelo[1], A. Iannotta[1], M. Ramaglia[1], C. Fusco[1], G. Pecoraro[1], E. Pota[1], M.C. Affinita[1], L. Ponticelli[1], P. Indolfi[1]

[1]*Seconda Università Degli Studi Di Napoli, Dip. di Pediatria "F.Fede", Servizio di Oncoematologia Pediatrica*

INTRODUZIONE

Le cellule leucemiche producono un'alta percentuale di specie reattive dell'ossigeno con alterazioni delle proteine coinvolte nella via di trasduzione del segnale.

L'obiettivo dello studio è analizzare nelle LLA, la proliferazione spontanea in vitro e le modificazioni nelle vie di segnalazione pro sopravvivenza. Saranno analizzate le vie di trasduzione del segnale di AKT/mTOR, MEK/ERK1/2 e le proteine STAT in linee cellulari e in blasti leucemici di pazienti affetti da LLA ad alto rischio. Verrà valutata la reazione allo stress ossidativo prima e dopo trattamento con inibitori di AKT, mTOR e con una isoforma di Manganese superossido dismutasi (MnSOD).

MATERIALI E METODI

Le linee cellulari Jurkat , MHH-CALL2 e i blasti leucemici di bambini affetti da LLA a B e T cell ad alto rischio sono state coltivate in RPMI + siero 10% + PENSTREP 1% .

Sono stati effettuati saggi di proliferazione e vitalità cellulare prima e dopo trattamento con MnSOD e inibitori di AKT e mTor e analisi proteica mediante Western Blotting.

RISULTATI PRELIMINARI

I dati ottenuti su blasti leucemici di 80 campioni mostrano che STAT 3 è espressa nella forma attiva fosforilata in 67/80 campioni con valore medio 0,93 µg/µl mentre STAT 5a in 63/80 campioni con valore medio di 1,38 µg/µl con una prevalenza nei campioni ad alto rischio (36/40 e 33/40 rispettivamente). PI3K/AKT mostra una fosforilazione costitutiva alla diagnosi in 52/80 campioni con una prevalenza di alto grado di fosforilazione nei campioni ad alto rischio (33/40).

L'analisi di pERK, nel sottogruppo a cellule T, ha evidenziato una costitutiva fosforilazione in 16/18 campioni ad alto rischio. Blasti derivati dai campioni di LLA ad alto rischio,coltivati in vitro, hanno mostrato un incremento della proliferazione autonoma dopo 72h (MTT = 80%).

Il trattamento con rMnSOD, ha evidenziato che le cellule blastiche mostrano un'intensa positività citoplasmatica all'anticorpo contro rMnSOD a dimostrazione che la proteina agisce entrando nelle cellule di LLA.

CONCLUSIONI PRELIMINARI

Dai dati preliminari si è osservato una incrementata attività dell'asse PI3K-AKT, MEK/ERK 1,2 e degli attivatori della trascrizione soprattutto nelle leucemie ad alto rischio.

QUALI E QUANTE LE CONOSCENZE E LE ANSIE DEI GENITORI ITALIANI CIRCA LA TBC?: UNA NOTA PRELIMINARE

L. CATALDI[1], D. BUONSENSO [1], E. TISI[4], A. PALADINI[5], G. PARISI[3], P. PALADINI[2]
[1]*Ist. Clinica Pediatrica UCSC Roma*
[2]*UO Neonatologia ASL 1 Lecce*
[3]*già Dir. UO Pediatria Osp Vasto*
[4]*Ass. AISERNUI*
[5]*Cd L Medicina Univ. Campus BioMedico, Roma*

Introduzione: La TBC è stata per millenni malattia importate e ad alto impatto sociale. Oggi essa non può essere considerata un ricordo storico, ma è attiva come poche nel mondo, e causa ansia e preoccupazione nelle famiglie. Gli AA hanno avuto la sensazione che le conoscenze sull'argomento TBC fossere inadeguate.
Scopo: rilevare lo stato delle conoscenze attuali e le ansie circa la TBC nella famiglia italiana.
Metodi: è stata studiata a random una popolazione di 320 coppie di genitori italiani con bambini di età 12-60 mesi, in ambulatori pediatrici in tre regioni d'Italia. L'arruolamento per l'indagine, prospettica conoscitiva, avveniva somministrando un questionario riguardante:
storia familiare di patologia tubercolare: livello di conoscenza circa la TBC (manifestazioni cliniche, modalità diagnostiche, contagiosità della malattia, terapia pericoli e ansie correlate.
Risultati: delle 320 coppie scelte a random, 29 non hanno accettato di partecipare adducendo motivazioni varie. 280 dei 291 questionari erano completi.
Solo 62 (22,1%) coppie mostravano sufficienti conoscenze sulla TBC. Meno del 15% conoscenze circa clinica e diagnostica. I quesiti circa contagiosità della malattia, modalità terapeutiche ed eventuali pericoli correlati ottenevano risposte del tutto lontane dalla realtà. Quelli circa problemi psicoemotivi hanno fatto rilevare un livello di ansia inversamente proporzionale alla conoscenza del problema.
Conclusioni e discussione: la diffusa scarsa conoscenza delle patologie da M. tuberculosis, quasi misconosciuta anche da non pochi medici, porta non solo ai risultati da noi riscontrati con l'esame dei questionari ma anche forse a maggior rischio di contagio.
Se pensiamo poi che da almeno venti anni è in atto una pressoché indescriminata immigrazione di soggetti dall'Europa dell'Est, dell'Asia, Africa e America del Sud, soggetti spesso più facilmente degli italiani sensibili al contagio, e se poi affrontiamo il discorso TBC considerando l'elevato numero di ceppi di M.tuberculosis scarsamente sensibili ai farmaci specifici, non possiamo non condividere le preoccupazioni dei genitori, peraltro forse esacerbate da recenti allarmanti episodi, del tutto inconsueti ed eccezionali.

RAPPORTO MEDICO/PAZIENTE:DA IPPOCRATE AI NOSTRI GIORNI

O.Russo*, G. Russo**

*Igienista dentale, Odontoiatria Timisoara (Romania), **Dirigente primo livello Santobono (Napoli)

" L' arte ha tre fattori: la malattia, il paziente e il medico. Il medico è il servo dell' arte. Combatta il malato assieme al medico contro la malattia" (C.H.,Epid I,2)

E'difficile descrivere dettagliatamente, porre capisaldi, riguardo al rapporto operatore – paziente in quanto questa relazione di fiducia e di stima reciproca dipende da molti fattori, riguardanti l' incontro tra molteplici personalità sia degli operatori sia di pazienti. Oggi è fortissima la richiesta di umanizzare la medicina o forse, più correttamente, di riumanizzare il rapporto operatore-paziente. In primo luogo è importante per l' operatore saper ascoltare, saper farsi recettore di tutto ciò che un paziente "porta" e "narra" cioè come descrive il problema, quali vissuti emotivi ha di questo, quali sono le sue interpretazioni, che svantaggi ed anche, paradossalmente, vantaggi ne ricava, quali enfatizzazioni ha di un sintomo piuttosto che un altro, quali sono le sue paure, le sue speranze, le sue delusioni, quanto investe emotivamente sulla risoluzione della malattia,qual è la sua vita, insomma, qual è in definitiva il suo "terreno globale" emotivo – affettivo – corporeo – sociale in cui "vive" ed è "vissuta" la malattia.
Ippocrate (V sec. a. C.), diede inizio alla "medicina razionale" la cui base era la negazione dell' intervento divino nelle malattie e porta alla luce la "concezione paternalistica" che annulla le facoltà decisionali del paziente. Il rapporto cosi si sviluppa intorno a due principi:

- Il dovere professionale di fare del bene al malato,
- L' obbligo del paziente di accettare completamente le decisioni del curante.

Il medico dimentica che esiste il malato, considera solo la malattia. Si presenta in una posizione di superiorità, deputata dal paziente stesso con una personalità carismatica, assume l' aspetto del "re taumaturgo".
Il concetto di malattia iniziò a variare con il passare dei secoli. Nel Medioevo la filantropia lascia il posto alla pietas. La sofferenza, il dolore e l' alterazione visibile del corpo, riproducevano le sofferenze del Cristo crocefisso, nell' essere malato. Questi rivestiva un duplice ruolo: da un lato testimoniava, con la corruzione del proprio corpo, la presenza di colpe di cui la malattia di faceva dichiarazione e manifestazione evidente. Dall' altra, attraverso la sua imitazione del Cristo sofferente, poteva pervenire alla guarigione dell' anima, prima che del corpo. La medicina iniziò ad utilizzare con prudenza i risultati dell' uso della ragione e a distaccarsi dagli insegnamenti degli antichi. La società medioevale edifica un rapporto fiduciario tra i professionisti incaricati della conservazione della salute considerati veri e propri "sacerdoti della salute" e il controllo sociale sulla malattia. Una netta rivoluzione sopraggiunge con la nascita della psicoanalisi di S.Freud. Si instaura tra medico e paziente un rapporto che Freud indica col termine di "transfert".
Con questo concetto, Freud concentra la propria attenzione sul lato umano e sul rapporto che si viene a creare tra individui che entrano in un certo tipo di contatto. Il transfert si basa sul concetto che nella vita psichica di ogni individuo ci sia un residuo attivo della vita passata e in particolare di quella infantile, il paziente quindi, vive l' analista come una persona che è stata significativa nel proprio passato. In base a ciò si iniziano a sviluppare tutta una serie di sentimenti nei suoi confronti, vengono espresse emozioni in maniera sottile o vistosa, secondo le circostanze, e "trasferite" sul medico, attribuite a lui. Con questo processo, sentimenti ed emozioni sono rivissuti grazie all' analista.
Si arriva ai giorni nostri, e la necessità dello sviluppo di una medicina, un rapporto basato sulle narrazioni, trova probabilmente origine nella crisi di credibilità che la medicina e il rapporto operatore/paziente stanno attraversando e, dall' altra parte, nelle nuove possibilità che la rappresentazione della malattia offre di mettere a confronto le interpretazioni della realtà clinica propria del paziente e dell' esercente la professione sanitaria, rivelando il carattere simbolico di ogni discorso scientifico rispetto alla concreta esperienza del corpo della sofferenza, della malattia.
La malattia diventa così una rete di prospettive, consentendo un incontro e un dialogo, che fanno diventare "le storie di malattia" "storie di cura", di costruzione congiunta dell' assistenza sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

Negro F. E.
"Aspettando Ippocrate: verso la medicina totale" Ed. FrancoAngeli 2000

Jervis G, Bartolomei G.
"Freud" Ed. Carocci 2001

Lanzetti C.
"Qualità e modelli di cura" Ed. FrancoAngeli 2005

Barnabeo N. A, Pontieri G. M, Scarano G. B.
"Elementi di storia della medicina" Ed. Piccin 1993

L' APPROCCIO PEDODONTICO

O. Russo*, G. Russo**

Igienista dentale, Odontoiatria, Timisoara (Romania), Dirigente primo livello Santobono (Napoli)***

L' impostazione psicologica, il contenuto informativo/educativo degli incontri con il paziente e dei materiali didattici a supporto, la professionalità dei formatori, i dialoghi e la comunicazione sono i punti cardine per creare un ottimo rapporto con il paziente, entrare in sintonia al fine di ottenere la sua compliance e migliori risultati per la terapia. TUTTO CIO' E' DIFFICILE MA NON IMPOSSIBILE!

Per quanto riguarda il piccolo paziente che per la prima volta si reca in uno studio odontoiatrico, sa che sta per avere una nuova esperienza o, quanto meno, sa che gli accadrà qualcosa che è lontana dalla sua normale routine quotidiana. Anche in stato di perfetto benessere dentale, spesso il bambino mostra avversione per il dentista/igienista; la ragione di tale fatto è legata alla sua educazione, esistono comunque alcuni capisaldi del rapporto pedodontico da tener presente:

a) Il primo sguardo in bocca al bambino va dato a mani libere da strumenti
b) Bisogna rendere partecipe il bambino dei diversi e successivi passi della cura, senza mai ingannarlo;
c) Dimostrare apprezzamento e stima per la personalità del bambino.

Ciò che è importante è non insistere a volere a tutti i costi instaurare un rapporto alla prima seduta, anzi mostrare al bambino un certo calmo disinteresse per le sue sorti. Di questi piccoli pazienti che, nonostante siano in grado di collaborare, non lo fanno alla prima seduta ma lo faranno sicuramente entro la terza; se ne possono distinguere vari tipi a seconda del loro comportamento. Portiamo alcuni esempi:

a) Bambino *collaborante,* che non da problemi e con cui si lavora tranquillamente;
b) Bambino che *collabora ma sotto tensione,* che appunto vive l' esperienza odontoiatrica sotto stress continuo;
c) Bambino *ribelle,* che ha tutti i presupposti per collaborare, ma è un bambino che in casa le ha tutte vinte ma è un bambino intelligente a cui si deve spiegare che nello studio odontoiatrico ci si comporta diversamente e quasi sempre lo capisce e lo fa.

Ancora abbiamo il bambino *pauroso, apprensivo* e quello *emotivo.*

Il piccolo paziente non è solo un "caso clinico" da trattare ma un essere umano e in quanto tale deve essere considerato in tutta la sua totalità con rispetto e comprensione. E' necessario instaurare un rapporto di simpatia, con il bambino, acquistare la sua fiducia e saper comunicare. I complimenti, poi, sono la comunicazione più semplice e la forma più diffusa di gratificazione. Mostrare apprezzamento e riconoscere un merito, lo induce a consolidare il suo comportamento. La gratificazione ha la proprietà di far entrare in contatto le persone (in questo caso il bambino) con la parte più positiva di sé, è individuare quel qualcosa di più che l' altro di se non vede.

BIBLIOGRAFIA

Stenman J, Wennstronm J. L, Abrahamsson K. H.
"Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal process in prevention and treatment of periodontal diseas"
Int J Dent Hygiene 2010; 8:213-218

Guastamacchia C, Ardizzone V.
"Igiene orale professionale"
Ed. Masson 2001

Lombardi R.
"L' importanza della comunicazione igienista-paziente"
Prevenzione & Assistenza 1998; 4: 23-27

LA VISITA GINECOLOGICA IN PEDIATRIA

V. Stifano – B. Torsiello – I. Pierucci

ASL SA - UU.OO.CC. di Pediatria e di Ginecologia e Ostetricia del P.O. di Sapri (SA)

Abbreviazioni: STI = infezioni a trasmissione sessuale – AAP = American Academy of Pediatrics – NAAT = test di amplificazione degli acidi nucleici.

L'American Academy of Pediatrics (AAP) consiglia l'introduzione dell'esame ginecologico nell'ambito delle cure primarie all'interno dell'area medica, allorquando un pediatra può essere interpellato per problemi legati allo sviluppo puberale, a disturbi mestruali quali dismenorrea, amenorrea, oligomenorrea e meno metrorragie, a contraccezione, a malattie sessualmente trasmissibili e non, per citare solo i temi più comuni. Almeno l'esame dei genitali esterni dovrebbe essere inserito come parte integrante del controllo annuale di bambini ed adolescenti, spiegando che tutto ciò è normale e rientra nell'assistenza primaria, ove il medico che ha stabilito un rapporto di fiducia può preparare il paziente in anticipo per eliminare preconcetti, atteggiamenti negativi e paure immotivate. Infatti, precedenti esperienze negative e/o informazioni errate da amiche o altri membri della famiglia possono scatenare ansie e paure nella ragazza che può aver bisogno di uno screening pelvico completo (vedi Tabella 1). Pertanto, il pediatra dovrà affrontare prima della visita eventuali preconcetti come il timore di scoprire una malattia, il possibile dolore e/o disagio (verso il sesso maschile e/o un tirocinante) con particolare riguardo ad eventuali abusi sessuali condizionanti la scelta del sesso dell'esaminatore. Vero è che in passato il Pap-test ed il tampone vaginale erano sufficienti nella maggior parte dei casi, ma le attuali linee guida indicano che il primo Pap-test deve essere eseguito a 21 anni d'età, eccetto che nelle infezioni da HIV o nelle soppressioni immunitarie dove va fatto annualmente e con l'inizio dell'attività sessuale. Il cancro della cervice uterina si sviluppa solitamente alcuni decenni dopo la prima esposizione all'HPV ed è raro nelle donne di età inferiore ai 21 anni.

TABELLA 1. INDICAZIONI PER L'ESAME DELLA PELVI.
1) Persistenti perdite vaginali.
2) Disuria o sintomi del tratto urinario in una donna sessualmente attiva.
3) Dismenorrea che non risponde a farmaci antinfiammatori.
4) Amenorrea.
5) Anormale sanguinamento vaginale.
6) Dolori al basso ventre.
7) Contraccezione per IUD o diaframma.
8) Esecuzione del Pap-test.
9) Sospetti o segnalati abusi sessuali.
10) Gravidanza.

Nel prescrivere la maggior parte delle forme di contraccezione, come recita anche il foglietto illustrativo, non c'è bisogno dell'esame ginecologico, previa esecuzione di un test di gravidanza urinario e di un test STI se indicato, facendo eccezione per IUD o diaframma ove l'anatomia pelvica della paziente determina l'inserimento corretto del dispositivo. In caso di stupro ipotizzato o segnalato e/o abusi sessuali avvenuti nelle 72 ore precedenti si dovranno raccogliere le prove fisiche relative e quindi può essere necessario un centro medico specializzato. Le cause di una persistente perdita vaginale possono essere tante e di varia entità, laddove un tampone vaginale "alla cieca" è sufficiente nella maggior parte delle volte a chiarire la diagnosi con il concorso di altri esami specifici come il NAAT su urina, ma l'uso dello speculum è altrettanto importante per visualizzare la cervice uterina ed escludere un corpo estraneo o una anomalia cervicale come un ectropion di grandi dimensioni. Altre indicazioni all'esame completo del bacino sono : disturbi mestruali, dismenorrea, amenorrea e sanguinamento vaginale anormale eccetto che nelle adolescenti post-menarca senza storie di trauma e/o abuso sessuale. L'aspetto psicologico dell'esame pelvico è molto importante per evitare un rifiuto all'esecuzione dello stesso cercando di rassicurare la paziente che nulla sarà fatto senza preavviso e che l'esame pur risultando scomodo non sarà doloroso in assenza di anormalità pelviche. La cooperazione con la paziente è un altro aspetto importante della visita ginecologica in quanto fornisce quel controllo feedback al pediatra sull'andamento e sui tempi necessari per l'espletamento della stessa, ripetendo l'esame se dovesse comparire intolleranza della giovane esaminata. Importanti anche le tecniche di rilassamento e la richiesta di svuotare la vescica prima dell'esame, effettuando quest'ultimo in posizione litotomica su un lettino con le staffe che andranno utilizzate per l'inserimento corretto dello speculum. Nella stanza della visita vi saranno tende e materiale atto a garantire la privacy della paziente e con il permesso di quest'ultima una "accompagnatrice" che eviti false accuse di scorrettezza, meglio una assistente del clinico. Nella Tabella 2 è elencata l'attrezzatura necessaria all'esecuzione dell'esame pelvico compreso il materiale per effettuare il Pap-test ed il tampone vaginale, evitando l'uso di lubrificante per lo speculum che interferisce con i risultati di questi esami, preferendo l'acqua calda per inserire l'attrezzo. La gelatina è riservata all'esame bimanuale post-speculum e così i guanti Nonlatex per le allergiche al lattice. Lo speculum normalmente usato in una donna sessualmente attiva è il Pederson che è 7/8 in larghezza, mentre in adolescenti vergini è indicato l'Huffman perché più stretto, ma della lunghezza desiderata. Sono disponibili speculum in plastica monouso ed eventualmente con auto illuminazione.

TABELLA 2. MATERIALI ED ATTREZZATURE NECESSARIE PER LA VISITA GINECOLOGICA.

1) Acqua corrente calda.
2) Tenda o porta chiusa a chiave.
3) Lettino da esame con staffe.
4) Luce regolabile.
5) Guanti Nonlatex.
6) Lubrificante solubile in acqua.
7) Camici, teli.
8) Speculum : Pederson, Huffman.
9) Materiale per Pap-test e coltura/test per STI.
10) Test di gravidanza su urine.
11) Tamponi : cotone, alginato di calcio, Dacron.
12) Materiali per microscopia.
13) Tamponi vari e pH di carta.

Giovani donne con disabilità fisica possono richiedere la modifica dell'approccio fisico all'esame pelvico o un rinvio al ginecologo ed, eventualmente, un esame in anestesia (utile anche in pazienti non collaboranti), ma senza costrizione.

ESAME DEI GENITALI ESTERNI .Ispezionare il pelo pubico con stadiazione di Tunner e ricerca di eventuali lesioni (pidocchi, follicolite, infiammazioni), informando le adolescenti che la rasatura deve essere effettuata con adeguata lubrificazione ed igiene e riguardo le potenziali complicanze del piercing ai genitali, se presenti. Inoltre , eventuali modifiche della pigmentazione, le dimensioni del clitoride (larghezza < 10 mm), pervietà e configurazione dell'imene (inviare immediatamente dal ginecologo in caso di imene imperforato e/o anomalie), inserendo delicatamente un bastoncino di cotone imbevuto di soluzione salina per verificare la pervietà in caso dubbio. Le ghiandole di Bartolini si trovano a ore 4 e 8 e la loro infiammazione può essere dovuta ad agenti patogeni STI compresa gonorrea e clamidia. Le ghiandole di Skene sono situate ai lati dell'uretra ove possono esserci aree eritematose in caso di infezione e la digitopressione anteriore vaginale può produrre emissione di materiale purulento dai canali. Osservare la eventuale presenza di papule, vescicole, pustole, ulcere STI (HSV o sifilide o più raramente linfogranuloma venereo) o non-STI (afta, EBV, condilomi acuminati da papillomavirus da non confondere con papule color carne sulle mucose piene di spirochete e manifestazione di sifilide secondaria). Valutare quantità, colore ed odore delle perdite vaginali con eventuale presenza di sangue. Esaminare la zona perineale ricercando traumi, cisti, fistole e verruche con la palpazione dei linfonodi inguinali per la dimensione, consistenza ed aderenza ai piani sottostanti e loro eventuale dolorabilità (STI).

ESAME CON LO SPECULUM.Viene effettuato dopo aver completato l'esame esterno, inserendo un dito lungo la parete posteriore della vagina, eventualmente, per individuare il collo dell'utero, evitando la pressione anteriore durante l'inserimento dello speculum per non causare dolore lungo l'uretra ed usando acqua calda per lubrificarlo. Non aprire l'attrezzo prima del completo inserimento lungo la vagina e controllare le pareti di quest'ultima per secrezioni e lesioni e la cervice tenendo presente che l'ectropion è reperto normale nell'adolescenza, regredendo con l'avanzare dell'età, se prevalente possono esserci importanti perdite vaginali. Attenzione alla presenza sulla cervice di iperemia e friabilità (STI),di placche bianche non rimovibili (condilomi),di lesioni a puntini rossi ("cervice a fragola" per tricomoniasi),di tinta bluastra o segno di Chadwick in gravidanza. Disponendo di un microscopio si possono esaminare immediatamente i campioni di secrezione vaginale prelevata durante l'esame con lo speculum con un tampone di cotone e messe in una provetta con 1 ml di soluzione fisiologica oppure strisciando sul vetrino direttamente ed aggiungendo una goccia di idrossido di potassio e di soluzione salina per la diagnosi di infezioni micotiche o batteriche. Con la prima metodica si ricercano i globuli bianchi indice di infezione o cellule batteriche a tappeto significative per vaginosi batterica che può essere individuata anche con la seconda metodica in quanto si sviluppa un caratteristico odore di pesce (test del soffio positivo) per le ammine presenti nella secrezione. Il normale pH vaginale è <4,5, innalzandosi nella vaginosi batterica e nella tricomoniasi. Metodo semplice per la misurazione del pH è quello di immergere la cartina nella secrezione sospetta sulla punta dello speculum dopo che si è rimosso leggendo entro 10 secondi la variazione di colore. La coltura, la sonda di acido nucleico o test rapidi antigenici possono essere maggiormente validi nel rilevare la tricomoniasi ed il pediatra potrà rifarsi al suo laboratorio di riferimento in mancanza di materiale e metodica adeguati. Il paziente va avvertito di un possibile sanguinamento o spotting dopo un Pap-test (> STI) che è utile nel valutare qualsiasi lesione ulcerata o non ulcerata, inviando comunque la paziente per approfondimento al ginecologo. Nel caso di abuso sessuale si possono impiegare colture per gonorrea e clamidia con metodo NAATs o sonda DNA (non amplified test of DNA) o non NAATs, facendo attenzione nel primo caso ad eseguire il test non prima di 3 settimane dopo il trattamento antibiotico. Una volta terminato l'esame con lo speculum, quest'ultimo va rimosso mai aperto, ma esercitando pressione posteriore ed evitando di pizzicare i lati della parete vaginale.

ESAME BIMANUALE.Si pratica inserendo 1 o 2 dita in vagina con mano guantata e lubrificante gel, valutando la cervice in consistenza tenendo presente che il collo in gravidanza è più morbido e che in caso di infezione o infiammazione pelvica si dovrebbe percepire una sua maggiore elasticità. Distinguere tra disagio e dolore soprattutto nelle adolescenti non abituate all'esame può essere particolarmente impegnativo. Poi si palpa l'utero per dimensioni e durezza che è piccolo e sodo non in gravidanza, ma che nella gestante di 10-12 settimane è come un pompelmo, più morbido ed inizia a sporgere dal bacino. Quindi si valutano gli annessi (ovaie) per dolorabilità e/o masse, poco palpabili normalmente. Al termine dell'esame far sì che la paziente possa eliminare il gel in eccesso e tamponare eventuali sanguinamenti, discutendo conclusioni e raccomandazioni una volta che si sia rivestita. Nella Tabella 3 sono elencate le anomalie ginecologiche più comuni che possono emergere durante la visita ginecologica.

TABELLA 3. FREQUENTI PATOLOGIE RILEVATE NELL'ESAME GINECOLOGICO.

Genitali esterni.

1) Ascesso della ghiandola di Bartolini.
2) Infezione della ghiandola di Skene.
3) Fissurazioni e/o ulcerazioni genitali.
4) Condilomi acuminati.
5) Lesioni papulose (condilomi da sifilide).
6) Mollusco contagioso.
7) Prolasso uretrale.
8) Follicolite.
9) Idradenite suppurativa.
10) Vulviti.
11) Alterazioni della pigmentazione.
12) Papillomatosi.

Utero.

1) Miomi.
2) Utero fibromatoso.

Cervice.

1) Ectropion.
2) Cervice a fragola.
3) Papillomi, condilomi.
4) Poliposi.
5) Ulcerazioni.
6) Miomi in espulsione.

Vagina.

1) Ulcere.
2) Placche bianche aderenti (candidosi).
3) Condilomi acuminati.

Il ruolo del pediatra è quello di riconoscere le malattie e/o anomalie che giustificano l'intervento del ginecologo, trattando senza rinvio le infezioni più frequenti (vedi Tabella 4).

TABELLA 4. MOTIVI PER LA CONSULENZA GINECOLOGICA.

1) Masse annessiali.
2) Lesione cervicale o vulvare ad eziologia non determinata.
3) Anomalie del tratto genitale (imene imperforato, etc.).
4) Pap-test anomali che richiedono colposcopia.
5) Dolore pelvico acuto (torsione ovarica, gravidanza ectopica, ascesso tubo-ovarico, massa, etc.).
6) Malattia infiammatoria pelvica.
7) Dolore pelvico cronico che non risponde alla terapia, dismenorrea.
8) Menometrorragie che non rispondono alla terapia medica o con grave anemia.
9) Inserimento di dispositivo intrauterino.
10) Gravidanza.

Negli ultimi tempi sono state apportate delle modifiche alle raccomandazioni per il follow-up del risultato anormale del Pap-test, consigliando di ripetere quest'ultimo ad intervallo di 1 anno anche in caso di lesioni di basso grado e con cellule squamose atipiche, consigliando la colposcopia solo se persiste l'anomalia o diventa lesione di alto grado nel corso di 1 o 2 anni. Il medico generico può gestire molti problemi ginecologici senza dover necessariamente effettuare un esame con lo speculum o bimanuale, rimandando ad altri il compito qualora la paziente non sia a proprio agio, ma valutando l'eventuale urgenza del caso.

AGGRESSIONI IN OSPEDALE: QUALI TUTELE PER GLI OPERATORI SANITARI IN SERVIZIO?

Carlo Cioffi*, Raffaella Mormile, Andrea Colella, Salvatore Vendemmia^

U.O.C. Pediatria e Neonatologia -P.O.San G.Moscati- Aversa ASL CE
**Revisore dei Conti - Societa' Italiana di Pediatria Ospedaliera*
^Presidente Società Italiana di Pediatria Ospedaliera

Introduzione ed analisi delle criticità

La tutela di chi lavora nelle strutture ospedaliere del Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe essere prioritaria anche alla luce dell'obbligo dei datori di lavoro di tutelare i lavoratori dallo stress lavoro- correlato in linea con l'accordo quadro a livello europeo e le indicazioni del decreto legislativo 81/2008 integrato con il decreto legislativo n. 106/2009.
Le richieste di istituire un servizio di vigilanza fissa, 24 ore su 24, per tutelare gli operatori sanitari di servizio, specie nei Pronto Soccorso, sono all'ordine del giorno, al pari delle ormai quotidiane aggressioni verbali e fisiche da parte di utenti esasperati o meno dalle attese e non solo.
Le petizioni inviate alle direzioni aziendali vengono pressoché ignorate adducendo difficoltà economica di istituire un servizio attivo di vigilanza h. 24.
Il posto di polizia di PS, dove presente, effettua orari d'ufficio ed anche la relativa vigilanza si risolve in compiti di carattere puramente amministrativo.
Le barriere fisiche istituite ai triage in alcuni PS (vetri antisfondamento) risolvono solo in parte il problema, in quanto l'aggressione si verifica spesso all'interno delle sale visita o nei corridoi interni d'attesa. Il personale in servizio per la sorveglianza interna, pur indossando una divisa che in qualche modo fa da deterrente, non è un corpo di polizia e risulta spesso impegnato nei giri di ricognizione e di ispezione delle strutture, anche in seguito ai danni subiti dalle strutture ospedaliere ed ai furti inferti agli operatori sanitari.

Proposte e conclusioni
Le *misure di prevenzione* riguardo a questi fenomeni debbono comportare l'adozione di diverse soluzioni che possono essere di tipo collettivo, individuali o di entrambi i tipi.
Le misure da adottare riguardano,soprattutto:
=>un più adeguato controllo ed una più idonea sorveglianza dei luoghi di lavoro anche al fine di migliorare la gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro con un adeguato monitoraggio delle condizioni lavorative stressanti sull'ambiente di lavoro";
=>la formazione dei dirigenti e dei lavoratori per accrescere la loro consapevolezza e conoscenza dello stress derivante da tali fenomeni , delle sue possibili cause e di come affrontarlo e/o adattarsi al cambiamento".
La tutela di chi lavora nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale non è un problema esclusivamente italiano, ma coinvolge anche altre nazioni.
In particolare, in Francia i Ministri dell'Interno, del Lavoro e della Giustizia hanno siglato un protocollo nazionale per la sicurezza dei professionisti sanitari alla presenza dei sindacati di categoria.
In sostanza, il piano prevede l'istituzione in ogni dipartimento (l'analogo delle nostre province) di un responsabile della sicurezza al quale possano rivolgersi gli operatori della sanità oggetto di aggressioni e violenze. È anche prevista la costruzione di una rete di sorveglianza che prevede l'installazione di allarmi a pulsante (simili a quelli in uso nelle banche e nelle poste) e la dotazione di sistemi di localizzazione (sistema di controllo Gps) ai medici di servizio di urgenza.
Infine, in caso di aggressione, i sanitari potranno usufruire di corsie preferenziali nei commissariati e nelle gendarmerie.
Come raccomandato dal Ministero della Salute, si dovrebbero adottare misure preventive e rinforzare la capacità degli operatori di gestire i conflitti.
La direttiva ministeriale n. 8 del 2007 ha come obiettivo la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi.
Il documento pone l'accento su come i fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, dai servizi erogati, dall'ubicazione e dalla dimensione della struttura stessa , ma soprattutto sulla necessità che il personale comprenda che il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo da espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi quali l'omicidio.
La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di fronteggiare quanto accade
interrompendo i conflitti in corso.
Considerata la gravità di questo tipo di trauma e l'impatto psicologico sulla vita lavorativa e personale di molti degli operatori che hanno subito aggressioni, è necessario capire meglio, con uno studio mirato ai servizi ed agli operatori più esposti, sia i motivi dell'aggressione che le conseguenze di questa sulla sfera personale/lavorativa, finalizzata alla possibilità di un reale e concreto supporto psicologico.
In conclusione, è auspicabile che anche in Italia, al fine di una prevenzione dei rischi, si concretizzino delle azioni di sorveglianza attraverso un passo deciso da parte del Ministero degli Interni, giacché nel frattempo le aggressioni al personale in servizio negli ospedali proseguono in tutto il paese e ormai non sembrano fare quasi più notizia.

ALBINISMO OCULO-CUTANEO DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Alfonso D'Apuzzo, Giuseppe Miranda, Giuseppina Mascolo*, Maria Ausilia Cascone*, Antonio Ambrosio, Letizia Ponticielli**

Clinica S. Lucia S. Giuseppe Vesuviano, Pediatria Ospedaliera ASL Na 3 Sud., SUN Facoltà di Medicina e Chirurgia***

L'albinismo oculo-cutaneo è un gruppo eterogeneo di patologie congenite che interessano la sintesi della melanina e sono trasmesse con modalità autosomica recessiva.. Si riconoscono quattro tipi di albinismo oculocutaneo (oculo-cutaneous albinism = OCA) , caratterizzati da gradi variabili di ipopigmentazione di cute, capelli ed occhi. Tutte le forme di OCA sono caratterizzate da ipopigmentazione cutanea, nistagmo e albinismo oculare all'esame del fundus. Il nistagmo , che è legato a una deprivazione sensoriale per l'ipopigmentazione retinica e per ipoplasia della fovea, può essere presente già alla nascita , più spesso , però , si manifesta in seguito, di solito verso i 3- 4 mesi di vita. L'OCA è causata da mutazioni dei seguenti geni: Gene TYR (tirosinasi) , di cui si distinguono due tipi : 1a con assenza di sintesi melaninica, 1b con sintesi melaninica variabile. Gene OCA2 (P) e Gene TYR1. L'albinismo oculo-cutaneo può essere isolato o associato a una sindrome . La sindrome di Hermansky-Pudlak presenta in associazione all'albinismo oculo-cutaneo una diatesi emorragica e sviluppa successivamente una fibrosi polmonare. La sindrome di Chediak-Higashi associa all'albinismo oculo-cutaneo una diatesi emorragica e una immunodeficienza e allo striscio periferico la presenza di voluminose inclusioni eosinofile per ossidasi-positive nei granulociti. A causa della ridotta sintesi di melanina, che provoca l'ipopigmentazione , questi pazienti sono ad aumentato rischio di tumori cutanei, per cui si consiglia loro di indossare cappelli ampi, occhiali da sole, camicie a manica lunga e usare gli schermi solari. Questi pazienti presentano una ridotta acuità visiva per l' ipoplasia della fovea , dove sono localizzati i coni fotorecettori . Il nistagmo si può attenuare con il tempo e diventare meno evidente. Il nostro paziente R.S., di anni 7, è nato a termine da gravidanza e parto eutocici. Normale evoluzione delle tappe dello sviluppo psicomotorio nei primi mesi di vita. Dal 2° anno di vita rallentamento dello sviluppo psicomotorio e comparsa di manifestazioni convulsive responsive al trattamento con Valproato di sodio e Keppra. . L'eeg ha evidenziato una attività cerebrale non ben regolata e de sincronizzata. La RMN cerebrale nei limiti della norma. Il paziente sin dalla nascita ha presentato un quadro di albinismo oculo-cutaneo con nistagmo pendolare con ridotta acutezza visiva centrale (OD=1/40 , OS=1/60), un aspetto albinoide all'esame oftatalmoscopico ; l'esame OCT ha evidenziato una ipoplasia foveale in ambo gli occhi. Il paziente inoltre è celiaco e segue correttamente la dieta appropriata. La patologia oculo-cutanea è presente in quattro cugini di 2° grado. Sono in corso le indagini genetiche per l'identificazione della mutazione molecolare.

IL BRUXISMO NOTTURNO NEI BAMBINI.

A.M. Basilicata*; M. Basilicata; G.P. Cuccurullo

**Ospedale Fatebenefratelli Di Benevento, Pediatria E Neonatologia*

SCOPO: Vista l'associazione del bruxismo a disturbi del sonno, cefalee e l'inevitabile danno di usura degli elementi dentari, la letteratura si sta sempre di più interessando alla prevalenza di questa parafunzione notturna nei giovani pazienti. I dati però risultano ancora contastranti, fornendo una variabilità alquanto alta (dal 5% circa il 50%). A tale scopo lo studio mira a valutare la prevalenza della parafunzione in questione in un gruppo di bambini dai 6 ai 12 anni.

MATERIALE E METODO: Sono stati esaminati, tramite visita clinica e colloquio con i genitori, 142 bambini (66 maschi e 76 femmine) dai 6 ai 12 anni con un età media di 8.

RISULTATI: Venivano così diagnosticati bruxisti il 13% di cui il 57% presentava faccette di usura sugli elementi dentari, il 10% si risvegliava con una stanchezza ai muscoli masticatori e solo il 3% soffriva di cefalee.

CONCLUSIONI: I valori registrati suggeriscono l'importanza di porre attenzione alla qualità del sonno dei piccoli pazienti vista l'associazione del bruxismo con altri disordini.

NUOVE FRONTIERE NELLA DIAGNOSTICA E NELLA CLINICA: LA METABOLOMICA

G. Caramia* - L. Cerretani**

*Emerito di Pediatria e Neonatologia - Ospedale Materno Infantile "G.Salesi" - Ancona
** Dipartimento Scienze degli Alimenti-Università di Bologna - Campus Scienze Alimenti - Cesena

Non hai veramente capito qualcosa
fino a quando non sei in grado di spiegarla a tua nonna.
A. B. Einstein

Con la pubblicazione delle sequenze di DNA del genoma umano, si è aperta una nuova un'epoca nella storia della biologia molecolare. Questo è stato ottenuto nel 2003, con anticipo sul previsto, indipendentemente dall'impresa privata "Celera Genomics" diretta dall'americano Craig Venter e dal consorzio pubblico "Human Genome Project" diretto da Frank Collins. Il richiamo culturale ed economico del "Progetto Genoma Umano", la maggiore capacità di dialogo e collaborazione fra ricercatori di discipline solo apparentemente distanti, quali biochimica, immunologia, embriologia, genetica, biologia molecolare e cellulare, alle quali si sono associate informatica, evoluzionistica, nanotecnologie ecc., ha favorito il loro confluire in un unico conoscitivo coinvolgendo migliaia ricercatori con molteplici competenze. Questo, a sua volta, ha favorito lo sviluppo di tecnologie e tecniche automatizzate di sequenziamento e di analisi dell'attività genica di straordinaria efficienza. La ricerca ora corre veloce verso nuove frontiere accumulando tutte le informazioni di carattere molecolare del trascrittoma, cioè di tutti i trascritti (RNA messaggeri o mRNA) di un organismo o tipo cellulare, del proteoma, cioè della totalità delle proteine di cellule o di un organismo e del metaboloma, cioè tutti i metaboliti di processi metabolici di una cellula, apparato o di un essere vivente di un sistema biologico in un dato momento. In realtà la metabolomica, ovvero lo studio su larga scala dell'insieme dei metaboliti derivati dalla demolizione di altre molecole in una data specie biologica, presenti in cellule, tessuti, organi e fluidi biologici ed a vari stadi di sviluppo, è stata ideata nel 1970 da A. Robinson il quale, analizzando i modelli cromatografici di urina, aveva notato che centinaia o migliaia di costituenti chimici contenevano informazioni molto utili. Il primo elaborato su questo tema è comparso nel 1971 e successivamente ha pubblicato vari articoli sui metaboliti di liquidi corporei e, con i suoi collaboratori, ha identificato diverse malattie, condizioni e stati fisiologici, basati su tali dati (*Pauling 1971*). Riteneva che l'analisi dei fluidi corporei potesse essere ottimizzata per farne uno strumento di misurazione a basso costo, importante dal punto di vista medico e ricco di informazioni, per misurare modifiche guidate dal metabolismo nello stato funzionale, anche quando i costituenti chimici sono tutti nell'intervallo normale. Secondo Robinson, l'importanza di dati, ricchi di informazioni che riflettono lo stato funzionale di un sistema biologico complesso, risiede nella quantità e qualità dei metaboliti. Solo negli anni '90, cioè venti anni dopo si è iniziato a capire il valore di questo approccio ed è stato coniato il termine metaboloma riportato per la prima volta nel 1998 (*Oliver 1998*). Molti dei metodi bioanalitici usati per la metabolomica sono quindi stati adattati, o in alcuni casi semplicemente adottati, dalle tecniche biochimiche attuali.
Così, dopo la scoperta delle sequenze di DNA del genoma umano, la metabolomica, grazie all'impiego combinato di varie tecnologie di analisi quali la spettroscopia a risonanza magnetica nucleare (NMR), la spettrometria di Massa (MS) e la spettroscopia a raggi infrarossi (IR), in quanto oggi non è possibile estrarre tutti i metaboliti in un unico momento e analizzarli con un unico strumento, si è rivelata, attraverso l'utilizzo di metodi di analisi matematiche multivariate, la più innovatrice tra le scienze chiamate "omiche". Determina infatti, come su riportato, in maniera completa, simultanea e sistematica i metaboliti, prodotti da processi del metabolismo, presenti in biofluidi e tessuti di un organismo vivente. Tali metaboliti, determinati quantitativamente o qualitativamente in maniera non distruttiva, senza o con minimi pretrattamenti del campione stesso, rappresentano le impronte chimiche, una carta di identità lasciata da specifici processi cellulari, e sono la risultante delle interazioni tra: gene, condizioni dell'organismo, ambiente ed abitudini soggettive *(Wang 2010)*. Infatti analizzando 40 campioni di urina del mattino, raccolti nell'arco di tre mesi da 22 soggetti sani (11 maschi e 11 femmine, di età compresa fra i 25 e 50 anni), è stato possibile determinare l'impronta digitale metabolomica di ciascun individuo ed identificarlo rispetto agli altri donatori (*Assfalg 08*). Questo conferma che ogni individuo ha un suo fenotipo metabolico.
Come ora riportato, la metabolomica evidenziando le piccole molecole organiche, che derivano dai vari processi metabolici cellulari, e rivelando come sta funzionando il metabolismo delle cellule di un organo, o apparato o essere vivente con le interazioni tra gene, organismo, stato di salute, età, abitudini soggettive e ambiente permette non solo di distinguere un individuo dall'altro, ma anche di capire se la presenza o l'alterazione di uno o più metaboliti è collegata all'insorgenza di malattie (*Gu 2009; Kawashima 2006; Carraro 2007; Wikoff 2007)*. Disporre con facilità dell'impronta metabolomica permette di procedere a screening di massa a basso costo o di identificare profili metabolici e specifici biomarkers, valorizzabili ai fini diagnostici, come nell'asma, di gravità come nella fibrosi cistica e per la certificazione chimica di sistemi biologici (*D'Adamo2010; Robroeks 2010)*. Questo approccio è certamente fondamentale anche per generare nuova informazione sul ruolo dell'eredità nella risposta ai farmaci (farmacogenomica) e per e favorire lo sviluppo di farmaci "intelligenti" calibrati sul metabolismo individuale, così da aumentarne l'efficacia minimizzando numero ed entità degli effetti collaterali (*Manolopoulos 2011*).
In ambito pediatrico ulteriori studi hanno confermato l'utilità dell'indagine molecolare nelle urine per una corretta diagnosi dello stato infiammatorio e di alcune caratteristiche dell'asma in base alla presenza di alcuni metaboliti (es. acido urocanico ed acido metil-imidazoleacetico) con possibili conseguenze terapeutiche (*Saude 2011; Mattarucchi 2011*). Anche per la funzionalità renale, la metabolomica si sta rivelando molto interessante in quanto è noto che i tradizionali markers di funzionalità renale, azotemia e creatininemia, risultano alterati quando il danno è conclamato. Il riscontro di alcuni metaboliti, espressione del danno tubulare renale sembra rilevarsi di estremo interesse per una precoce diagnosi di danno acuto più o meno grave che precede le alterazioni ematochimiche ed istologiche *(Al-Ismaili 2011)*. Tali reperti sono importanti anche per lo studio di nuovi farmaci per evidenziare imprevisti effetti avversi renali (*Boudonck KJ 2009*).
In ambito neonatale i primi studi di metabolomica sono stati condotti sulle urine, per valutare, le differenze metaboliche

fra neonati a termine e pretermine ed identificare i metaboliti discriminanti (*Antonucci 2010*; *Atzori 2011*); per identificare le differenze metaboliche fra neonati normali per l'età gestazionale e con ritardo di crescita intra uterina (*Dessì 2011*); per valutare, in neonati pretermine con distress respiratorio, il profilo metabolico del lavaggio bronco alveolare prima e dopo la somministrazione di surfattante, durante la ventilazione meccanica e dopo l'estubazione, profilo che sembra aprire nuove possibilità nell'assistenza e prognosi di tali piccoli pazienti (*Fabiano 2011*).
Prospettive inedite si aprono anche nella risposta ai vari nutrienti (nutrigenomica), ed in particolare ai lipidi (lipidomica), coinvolti nell'emostasi e attivazione-risoluzione dell'infiammazione, e sulla interazione tra fattori genetici, nutrienti, stili di vita ecc in malattie quali obesità, diabete, patologie cardiovascolari e neuropsichiche e cancro (*Griffiths 2011*). Ne deriveranno consigli mirati non solo sui nutrienti da assumere e/o eliminare ma anche sui farmaci: quindi diete e terapie personalizzate.
L'avvento delle scienze 'omiche' e la disponibilità di nuovi strumenti e tecnologie sta quindi modificando l'approccio alla biologia ed allo studio dello stato di salute e delle varie patologie in quanto permette di collezionare numerosi dati e capire da questi i processi e le interazioni che determinano i comportamenti biologici, fisiologici o patologici, in vari stadi di sviluppo.
La medicina assume così un'evoluzione circolare o a ritroso in quanto inizialmente, e per molti secoli, è stata una medicina curativa poi, alquanto recentemente, è evoluta verso una medicina preventiva e, con le più recenti tecnologie, verso una medicina predittiva. Ora con la genomica, le scienze "omiche" e le sofisticate tecnologie diventerà sempre più predittiva cioè una medicina che, basandosi sulle informazioni ricavabili da costituzione genetica, alimentazione, stile di vita, ambiente, è in grado di predire in maniera attendibile il rischio di sviluppare specifiche patologie. Questo permetterà di mettere in atto tutti i presidi preventivi per quanto riguarda nutrizione, ambiente, attività fisica ecc. per prevenire la loro insorgenza e, se e quando queste saranno comparse, si tornerà alla medicina preventiva-curativa ma con presidi terapeutici personalizzati.

GLI ACIDI GRASSI ESSENZIALI OMEGA-6 ED OMEGA-3 DALLA LORO SCOPERTA AGLI ENDOCANNABINOIDI

Giuseppe Caramia

Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia - Azienda Ospedaliera "G. Salesi", Ancona

Dopo la scoperta degli acidi grassi essenziali (AGE) l'acido linoleico (AL) e l'acido alfa linolenico (ALA) da parte di Burr e Burr nel 1929, numerosi ricercatori hanno evidenziato la loro importanza e quella dei loro derivati, gli acidi grassi polinsaturi (PUFA) e gli acidi a lunga catena (LCPUFA) nella composizione delle membrane cellulari, in particolare dei neuroni, nei processi energetici e nelle interazioni cellulari. Dall' AL per l'azione di enzimi desaturasi ed elongasi deriva l'acico arachidonico (AA) e dall'ALA l'acido eicosapentaenoico (EPA) e l'acido docosaesaenoico (DHA). Per l'azione di molteplici enzimi, ciclossigenasi (COX) e lipossigenasi (LOX), sui PUFA vengono inoltre prodotte varie molecole o mediatori lipidici ad azione simil ormonale, spesso con attività contrapposte, quali prostaglandine, prostacicline, thrombossani, leucotrieni (LT), lipossine (LX), resolvine (Rv. resolution phase interaction products), protectine (PD denominate anche docosatrieni, metaboliti ossigenati del DHA), maresine (MaR acronimo di Macrophages resolving inflammation) che regolano sistema immunitario, aggregazione piastrinica, inflammazione ecc.
Secondo numerose indagini, durante la progressione dell'infiammazione l'interazione fra piastrine, leucociti ed altre cellule, stimolerebbe dapprima la formazione di mediatori lipidici eicosanoidi pro infiammatori e poi, con un meccanismo secondo alcuni programmato e legato ad un "orologio" situato nei neutrofili, darebbero luogo alla produzione di mediatori lipidici eicosanoidi anti infiammatori. Tale processo sarebbe attivato nella sede dell'infiammazione da un circuito di molteplici segnali chimici intra ed extracellulari ancora tutto da chiarire, dipendente, in ogni singolo individuo, dall'età, da fattori genetici, metabolici, nutrizionali. Fra questi ultimi gli AGE assunti con la dieta svolgono un ruolo di primo piano (*Serhan, 2005*).
Dopo la produzione di mediatori lipidici e citochine pro-infiammatorie, la formazione delle lipossine, LXA4 e LXB4, attraverso dei segnali programmati, riduce l'afflusso di neutrofili, l'adesione alle cellule endoteliali nella sede dell'infiammazione, la permeabilità vascolare. Favorisce inoltre l'infiltrazione non flogistica di monociti, utili per la risoluzione delle lesioni, e stimola i macrofagi (*Serhan 2006; Caramia 2008*). Questi ultimi, oltre ad inibire la produzione di citochine pro infiammatorie e a produrne di anti-inflammatorie quali il transforming growth factor-β1 (TGF-β1), inglobano ed eliminano i neutrofili apoptotici drenandoli, con i vasi linfatici, ai linfonodi satelliti e ripulendo la sede dell'infiammazione (*Caramia 2008*). Dopo le LXA4, che riducono anche il dolore da infiammazione, intervengono nella risoluzione dell'infiammazione le resolvine della serie E (RvE derivate dall'EPA) (*Svensson 2007*) poi derivate tutte dal DHA le resolvine della serie D (RvD), le protectine (PD) dette anche neuroprotectine D (NPD) se prodotte dalle cellule nervose. Le Rvs D, E e le PD hanno simile azione pro risolutiva e anti infiammatoria, ma agiscono su recettori diversi, proteggendo i tessuti da stress ossidativo, infiammazione ed infezione e favorendo la guarigione. Le PD e le NPD prodotte da neutrofili e tessuto nervoso nella risoluzione dell'infiammazione acuta, hanno azione immunoregolatoria e protettiva nei vari parenchimi, in particolare sistema nervoso, retina e apparato respiratorio in corso di asma allergico (*Caramia 2008*). Riducono anche afflusso e numero dei PMN negli essudati contrastandone l'attivazione, bloccano in vivo la migrazione delle cellule T, inibiscono la secrezione di TNF-alfa e di interferon gamma e promuovono l'apoptosi e la risoluzione del processo infiammatorio. Le maresine prodotte dal DHA dei macrofagi per azione delle 12-LOX e 5-LOX, sono coinvolte nei processi di risoluzione dell'infiammazione con le resolvine e protectine e sono dei mediatori lipidici anti infiammatori. Svolgono un ruolo e hanno una potenza simile alle resolvine, RvE1 e PD1, riducono l'infiltrazione dei PMN, stimolano la fagocitosi aumentando la capacità dei macrofagi di rimuovere, dalla sede dell'infiammazione, le cellule apoptotiche, quelle necrotiche e le eventuali particelle microbiche (*Serhan 2009; Caramia 2010*). Il ridotto afflusso di PMN non solo accorcia i tempi di risoluzione ma protegge i tessuti da ulteriori danni e dallo stress ossidativo che accompagna l'infiammazione e l'infezione. L'azione antiinfiammatoria e risolutiva del processo è evidente a dosi di nanogrammi in vitro e in vivo, suggerendo che questo nuovo mediatore, unitamente agli altri, svolge un ruolo di primo piano nel processo di catabasi e nel ritorno alla "restitutio ad integrum". Mediatori lipidici epimeri delle RvE, delle RvD e delle PD e MaR, possono essere generati dall'aspirina, per azione delle ciclossigenasi-2 (COX2) ed hanno un effetto terapeutico nella sede d'infezione simile alle molecole originali. L'insieme di tali eventi condizionato anche da fattori genetici, è stato chiamato "catabasis" cioè risoluzione del processo infiammatorio (*Serhan 2009; Caramia 2010*).
La scoperta dei metaboliti bioattivi, Rvs E, Rvs D, PD e infine le MaR evidenzia ulteriormente l'importante ruolo degli AGE omega-3 sulla condizione di salute e sul decorso di molteplici malattie prospettando nuovi possibili approcci terapeutici dei gravi processi infiammatori se si riuscisse a realizzare degli analoghi che avessero gli stessi effetti terapeutici senza effetti avversi (*Serhan 2009; Caramia 2010;Norling 2010*).
Da alcuni anni è inoltre emerso che il metabolismo ossidativo degli AGE non è appannaggio solo delle famiglie degli enzimi COX e LOX, come su riportato, ma è specifico anche degli enzimi citocromo P450 (CYP). I CYP determinano la produzione di composti diversi dai prostanoidi (Prostaglandina PGE1, PGI2 e Prostaciclina) e dai leucotrieni e danno luogo a prodotti epossigenati (metabolizzati a loro volta soprattutto dall'enzima solubile epossido idrolasi [soluble epoxide hydrolase sEH]) ed idrossilati, (*Capdevila 1981; Campbell 1996*). La terza via metabolica dei PUFA n-6 ed n-3, per l'azione degli enzimi CYP è pertanto costituita da due principali branche, quella degli enzimi CYP epossigenasi e quella degli enzimi CYP idrossilasi. Gli AGE, i PUFA e i LCPUFA sono dei potenziali substrati sui quali agiscono tali enzimi dando luogo a più di 100 metaboliti (Fig. 1) (*Levick et al., 2007*).
L'epossidazione e l'idrossilazione dell'AL determinano rispettivamente la produzione di acidi epossioctadecamonoenici (EpOMEs), che sembrano svolgere azioni benefiche, e di acidi idrossioctadecadienoici (HODEs): di entrambi però non è ancora ben noto il significato biologico.
L'epossidazione dell'AA dà luogo a quattro isomeri gli acidi epossieicosatrienoici (EETs) alcuni dei quali però prevalgono in alcuni tessuti es. cuore, rene, agendo sugli elettroliti Ca e sui canali del K, muscolatura liscia dei vasi, con azione anti-

inflammatoria sull'endotelio vascolare, cardioprotettiva, vasodilatoria, anti-ipertensiva (il CYP2J2): una loro riduzione dà luogo ad aumento della pressione arteriosa e a disfunzione endoteliale (*Spector 2009; Sato M 11*). Alcune isoforme però producono delle specie reattive dell'ossigeno (ROS), promuovono il fenotipo neoplastico inducendo la trasformazione e la proliferazione di cellule tumorali e fornendo loro resistenza all'attivazione di un programma apoptotico (CYP2J2) (*Jiang et al,2005*). L'idrossilazione dell'AA dà luogo alla produzione di acidi idrossieicosatetraenoici (HETEs) il più importante il 20-HETE, prodotto dalle sottofamiglie CYP4A e CYP4F, nel fegato, reni e sistema cardiovascolare, è potente vasoconstrittore a livello del microcircolo cardiaco, cerebrale, epatico e renale. Agisce pertanto in maniera opposta agli EET e si riscontra aumentato in corso di ischemia cardiaca, patologia cerebrovascolare, renale, ipertensione, diabete e gravidanza (*Minuz 2008;Arnold 2010; Konkel 2011*). Alcune isoforme producono il 18-HETE e il 19-HETE che determinano vasodilatazione, prevengono il danno endoteliale ed inibiscono l'azione del 20-HETE per cui sono allo studio composti inibitori della sintesi dell'acido 20-HETE(*Snider 2010*).
L'epossidazione dell'EPA da luogo all'acido 17,18- eposseicosatetraenoico (EETr) e quella del DHA al 19,20-epossidocosapentaenoico (EDP) (*Arnold 2010; Falk 2011 Arnold 2011*). Sono i maggiori metaboliti nel cuore dell'uomo dopo assunzione di EPA/DHA. Soprattutto l'EETr determina rilassamento della muscolatura liscia delle vie aeree, dilatazione dell'arteria polmonare e svolge azione anti-infiammatoria e antiaritmica (*Arnold 2011*). Alcune isoforme (CYP2C e CYP2C23) metabolizzano di più EPA e DHA rispetto all'AA (*Morin 2010*). L'idrossilazione dell'EPA e del DHA è attuata da varie isoforme. Dall'EPA deriva l'acido 20-HEPE cioè il 20-idrossieicosapentaenoico e dal DHA il 22-idrossidocosaesaenoico (22-HDHE): hanno le stesse azioni degli omologhi e sono in competizione con il 20-HETE derivati dall'AA e metabolizzano meglio EPA e DHA rispetto all'AA con produzione di metaboliti utili all'organismo (*Arnold 2010;Konkel 2011;Caramia 2011*).
La doppia funzionalità, pro- e anti infiammatoria e cancerogena, degli enzimi COX, LOX e CYP, suggerisce un equilibrio nella cellula tra i vari eicosanoidi la cui alterazione potrebbe favorire anche la genesi dei tumori.
Infine, negli ultimi anni, è emerso che, dall'AA, derivano i cannabinoidi endogeni, l'endocannabinoide arachidonoil etanolamide (AEA), o amide dell'acido arachidonico detta anche anandamide (nome derivato dal sanscrito "ananda", beatitudine interiore, identificata nel 1992), e il 2-arachidonoilglicerolo (2-AG). Sono mediatori lipidici noti come endocannabinoidi. Hanno un importante ruolo nel mantenere le funzioni fisiologiche e modulare, attraverso i recettori CB1 (dei terminali nervosi centrali e periferici, del miocardio, retina) e CB2 (espressi sulle cellule immunitarie, dove modulano la loro migrazione e il rilascio di citochine) le risposte patofisiologiche del sistema nervoso centrale, immune, cardiovascolare e gastrointestinale per caratteristiche antinocicettive, anti-infiammatorie, anti ossidanti e neuro protettive. L'anandamide è inattivata dall'enzima idrolasi FAAH (fatty acid amide hydrolase) per cui, si stanno ricercando inibitori di tale enzima o di aumentarne la componente endogena per il trattamento del dolore e dell'infiammazione (*Di Marzo 2008; Schlosburg 2009; Snider2010*).
Vi sono pertanto fondati motivi per ritenere che gli AGE ci sveleranno ulteriori importanti segreti.

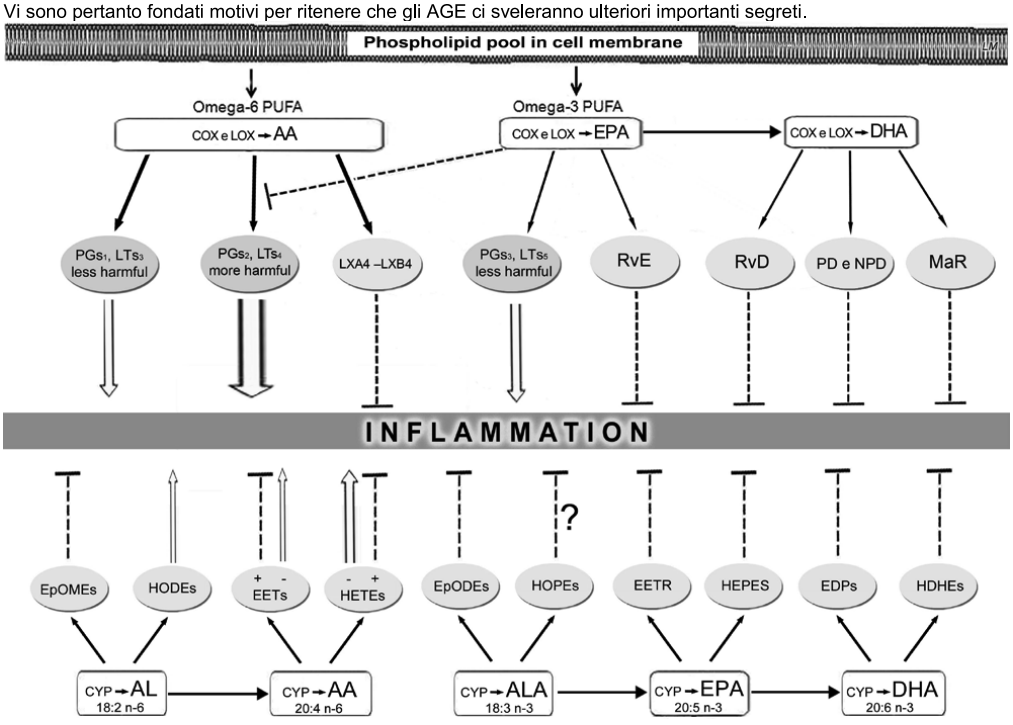


Fig. 1 - Mediatori lipidici con azione pro e anti infiammatoria

Mediatori lipidici derivati dagli AGE e PUFA per azione degli enzimi ciclossigenasi (COX) e lipossigenasi (LOX) (nella parte alta) e degli enzimi citocromo P450 (CYP) (nella parte bassa). I CYP per epossidazione danno luogo a prodotti epossigenati (E) e per idrossilazione a prodotti idrossilati (H). Le linee tratteggiate indicano l'azione di blocco dell'infiammazione ed effetti benefici di varia natura; le frecce continue indicano invece uno stimolo all'infiammazione ed effetti dannosi all'organismo. A seconda degli isomeri enzimatici CYP che agiscono sui PUFA, derivano prodotti con effetti positivi o negativi. Isoforme di enzimi CYP possono agire sia su AA, sia su EPA e DHA.
EpOMEs: acidi epossioctadecamonoenici ; HODEs: acidi idrossioctadecadienoici ; EETs: acidi epossieicosatrienoici;
HETEs: acidi idrossieicosatetraenoici; EpOME: acidi epossioctadecamonoenici ;
HDoHE: acidi idrossidocosaesaenoici; EETr: acidi eposseicosatetraenoici; HEPEs: acidi idrossieicosapentaenoici; EDP: acidi epossidocosapentaenoici; HDHEs: acidi idrossidocosaesaenoici

TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE: DESCRIZIONE DI UN CASO

Alfonso D'Apuzzo, Giuseppe Miranda, Giuseppina Mascolo*, Maria Ausilia Cascone*, Antonio Ambrosio, Lucia Ponticiello**.

Clinica S.Lucia S.Giuseppe Vesuviano, Pediatria Ospedaliera ASN Na 3 Sud., SUN Facoltà di Medicina e Chirurgia**.*

In età pediatrica due sono le anomalie del ritmo cardiaco: le bradicardie e le tachicardie. Nel neonato i segni più frequenti sono quelli dell'insufficienza cardiaca: tachipnea, dispnea, epatomegalia. Talvolta i sintomi possono essere più subdoli: difficoltà ad alimentarsi, pallore, episodi di ipotonia, infine si possono verificare delle manifestazioni più preoccupanti, dovute ad una condizione di bassa portata acuta quali il collasso cardiovascolare, malori, sincopi o convulsioni. Nel bambino più grande , invece, possono aversi disturbi più oggettivi come palpitazioni, malessere. La frequenza cardiaca varia a seconda dell'età del bambino: neonato (90-180), 1 anno (110-170), 5 anni:(65-130), 15 anni (60-100). L'Ecg consente di classificare le tachicardie in due tipi:tachicardia a QRS stretti e tachicardia a QRS larghi. Le tachicardie a QRS stretti sono sempre d'origine sopraventricolare . Possono essere atriali o giunzionali e dallo studio delle onde P e del rapporto onde P e complesso QRS (1:1), si distinguono tre tipi di TSV (Tachicardia atriale, da rientro, hissiana.) . La n/s paziente è una adolescente di anni 12, propabile peso di 40 kg, di nazionalità cinese venuta di P.S. per "colica addominale" . L'E.O.: la paziente è astenica, pallida, sofferente l'addome trattabile, non dolente, organi ipocondriaci nei limiti fisiologici., negativa l'obiettività toracica, assenza di segni meningei. , PA non valutabile, polso non apprezzabile, al precordio F.C. 240 b/m , normali la frequenza respiratoria e la temperatura corporea, nella norma gli esami di routine,elettroliti, magnesio, calcio, fosfatasi alcalina, urine. Pratica d'urgenza EKG che mostra una tachicardia a complessi stretti e regolari . Nessuna risposta alle manovre vagali, immediata somministrazione endovena di una fiala intera di Ritmonorm (Propafenone alla dose di 2mg/kg), La frequenza cardiaca, sebbene ridotta rimane sui 160-170 b/m. Trasferita in reparto di cardiologia pediatrica di 3° livello, pratica la stimolazione atriale trans esofagea (SATE), con normalizzazione del ritmo cardiaco. La SATE permette la individuazione delle onde P , che non erano evidenti nel tracciato di superficie, di definire i rapporti tra onde P e QRS.. La evidenza di onda delta e di un PR < O,2 , ci permette di far diagnosi di Sindrome di Wolf.-Parkinson-White. (WPWS).Un ecocardiogramma , eseguito subito dopo la conversione a ritmo sinusale non evidenzia dati patologici..Quando i complessi QRS sono stretti e regolari, significa che la depolarizzazione ventricolare avviene attraverso il il nodo A-V. e che gli intervalli di tempo fra le depolarizzazioni ventricolari sono sempre uguali rispettivamente. In pediatria ed in assenza di cardiopatia congenita ,una tachicardia a complessi stretti e regolari è , quasi sempre dovuta ad un circuito elettrico che si è formato fra gli atri ed i ventricoli , di cui un braccio è costituito dal nodo atrio-ventricolare ed un altro braccio da una via anomala accessoria . . La WPWS ha una frequenza annuale di nuovi casi 4/100.000 persone per anno. La P/z veniva poi dimessa con terapia domiciliare con Fleicanide alla dose di 5mg/kg/die: Le aritmie transitorie sono in genere ben tollerate dai soggetti in età pediatrica; tuttavia una tachicardia sostenuta può provocare conseguenze emodinamiche e perfino morte, soprattutto in bambini affetti da cardiopatia congenita..In clinica un'aritmia che provoca una caduta completa ed acuta della gittata cardiaca può presentarsi con due aspetti: Asistolia o Fibrillazione ventricolare (o tachicardia ventricolare senza polso). In entrambe queste condizioni , in assenza di rianimazione, si determina un danno neurologico irreversibile nei minuti successivi alla cessazione del flusso cerebrale. Fattori predisponenti per le TSV sono: la S. di WPW, le cardiopatie congenite (DIA, TGA, Ebstein), Farmaci simpatico mimetici (Adrenalina, decongestionanti nasali, efedrina, caffeina), cardiomiopatie, miocardite,tumori cardiaci, traumi toracici., distrofia muscolare, encefalite, ipertiroidismo, cheto acidosi e febbre . Nella. TPSV da via anomala l'EKG presenta regolarità dei complessi QRS, Il QRS è largo quando la via anomala è percorsa dall'alto verso il basso, è invece stretto quando la via anomala è percorsa dal basso verso l'alto (ortodromica). A conversione del ritmo sinusale si può vedere se la via di conduzione accessoria conduce in senso anterogrado ed il quadro ecocardiografico della S.di WPW è chiara. L'onda delta è determinata dalla depolarizzazione dei ventricoli attraverso la via accessoria anomala e non attraverso la via A-V.

LITOTRISSIA NELLA TERAPIA DELLA CALCOLOSI IN UNA BAMBINA DI 4 ANNI

Ferrara P, Gatto A, *del Bufalo F, Bottaro G, *Romani L, *Zenzeri L, *Cortina I, Fabrizio G, Ianniello F.

*Dipartimento di Scienze Pediatriche Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma; *Università Campus Bio-Medico, Roma*

CML è una bambina di 4 anni, ex-prematura, ricoverata presso il reparto di Pediatria 2 del Policlinico Gemelli per macroematuria. La mamma riferiva già 2 episodi di ematuria macroscopica autolimitatisi, durante i quali l'urinocoltura era sempre stata negativa e l'esame urine, oltre alla presenza di emazia, aveva mostrato proteinuria e ossalati di calcio. Nel corso del ricovero CML ha eseguito ecografia renale che ha evidenziato a livello della pelvi destra, un calcolo di circa 14 mm. Circa 2 mesi dopo CML è stata sottoposta a cistoscopia, posizionamento di stent ureterale destro e litotrissia extracorporea ad onde d' urto (ESWL). L'Rx diretta addome di controllo, eseguito a distanza di una settimana, ha documentato la presenza di frammenti litiasici a livello della pelvi renale. Circa 1 mese dopo la bambina è stata nuovamente sottoposta a cistoscopia e a ESWL che ha frammentato maggiormente le formazioni litiasiche, attualmente localizzate a livello della pelvi e dei calici medi ed inferiori. Dopo circa 15 giorni, CML è stata sottoposta alla rimozione del catetere JJ.

Il *primo obiettivo* è stato quello di inquadrare la macroematuria. Sono stati eseguiti tutto gli esami del caso TAOSL, VES, cistatina C, C_3, C_4, dosaggio delle IgA sieriche risultati tutti nella norma. E' stata eseguita ecografia e quindi urografia che ha documentato una grossolana formazione radiopaca di significato litiasico in sovrapposizione al terzo medio del rene di destra e l' ecografia che ha confermato la diagnosi con la presenza a livello della pelvi di un calcolo di 14mm.

Il *secondo obiettivo* dopo la diagnosi, è stato quello di provvedere alla rimozione del calcolo mediante litotrissia extracorporea e seguire l' evoluzione della procedura e gli eventuali benefici. A distanza di poche settimane dall' esecuzione dell' ESWL, la bambina ha eseguito sempre un Rx diretta addome per documentare l'azione delle onde d'urto. Nel nostro caso la prima seduta non ha portato particolari risultati, più importante invece è stata la seconda che permesso una notevole riduzione del calcolo facilitandone cosi l'espulsione.

Questo caso testimonia l' efficacia di una tecnica non invasiva nella terapia della litiasi, anche in età in cui non viene comunemente utilizzata.

ANDREBBE ESEGUITA UNA BIOPSIA RENALE ALLA PRIMA RECIDIVA DI "SINDROME NEFROSICA MANIFESTA"?

Ferrara P, Gatto A, Romano V, *Bottaro G, *Romani L, *Zenzeri L, *Cortina I, Fabrizio G, Ianniello F.

*Dipartimento di Scienze Pediatriche Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma; *Università Campus Bio-Medico, Roma*

La nefropatia da immunoglobuline A (IgA) è considerata ovunque la più comune glomerulonefrite primaria. La presentazione clinica tipica della malattia è l'ematuria macroscopica, la presenza di sindrome nefrosica (SN) all'esordio è considerato un fattore prognostico negativo sia negli adulti che nei bambini. Qui riportiamo un caso di nefropatia da IgA in una ragazza con diagnosi di SN.
Case report. Una ragazza di 15 anni, con diagnosi di SN dall'età di 3 anni, giunge a ricovero dopo quindici giorni di considerevole aumento di peso, edema palpebrale e tibiale. Nel periodo intercorso tra la diagnosi e il nostro ricovero la paziente aveva presentato 3 episodi di recidiva. Dopo la terza recidiva è stata eseguita una biopsia renale. Dal risultato della biopsia insieme ai dati clinici abbiamo potuto fare diagnosi di nefropatia da IgA.
In conclusione, la SN è considerabile come una possibile manifestazione clinica, o anche come l'esordio, della nefropatia da IgA. Con la presentazione di questo caso vorremmo suggerire che potrebbero essere necessarie indagini più accurate in bambini con SN, anche senza caratteristiche atipiche all'esordio. Suggeriamo quindi che potrebbe essere indicato eseguire una biopsia renale alla prima recidiva.
.

UNA "STRANA" MACROEMATURIA DA SFORZO

Ferrara P, Gatto A, *Vitelli O, Liberatore P, *Romani L, *Zenzeri L, *Cortina I, Fabrizio G, Ianniello F.

*Dipartimento di Scienze Pediatriche Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma; *Università Campus Bio-Medico, Roma*

NG è un bambino di 8 anni inviato al ricovero nel reparto di Pediatria 2 del Policlinico A. Gemelli per accertamenti in merito a una pregressa recente macroematuria, indagata presso altra struttura dove aveva eseguito Rx addome, ecografia renale, urografia, esami della funzionalità renale risultati nella norma. Una serie di esami chimico-fisici delle urine avevano mostrato presenza di emazie eumorfiche (> 90%) fino alla totale risoluzione della ematuria senza alcuna terapia. Dopo qualche giorno, dopo un lieve sforzo (corsa e salita di alcune scale), NG ha ripresentato un episodio di macroematuria e per tale motivo è stato nuovamente ricoverato.
Il primo obiettivo è stato quello di inquadrare la macroematuria per cui il bambino all' ingresso è stato risottoposto ad una serie di esami. Ha eseguito dosaggio delle Ig, C3, C4 che sono risultati nella norma, test di Brand risultato negativo, ecografia renale che non ha evidenziato alcuna anomalia ed esame urine che documentava la presenza di emazie ben conservate. Dopo circa 2 giorni di degenza, in concomitanza con il riposo a letto del bambino, è stato ripetuto l' esame urine risultato negativo per ematuria. L'esame veniva nuovamente ripetuto dopo aver fatto eseguire un lieve ma significativo sforzo fisico, al termine del quale il risultato è stato una nuova positività per ematuria.
Il secondo obiettivo a questo punto è stato quello di andare a verificare l'eventuale presenza di anomalie anatomiche o patologie presenti a livello delle basse vie urinarie che potessero giustificare l'ematuria. E' stat quindi eseguita una cistoscopia che è risultata dirimente dimostrando una vescica in asse con iniziali segni da sforzo. A livello del trigono sono stati poi rilevati segni di flogosi cronica, modesta iperemia del collo vescicale e, a livello uretrale, ipertrofia del verumontano. Per questo motivo è stata prescritta terapia con diazepam a basso dosaggio, al fine di far miorilassare lo sfintere esterno e quindi risolvere la situazione di dissinergia detruso-sfinteriale che si era creata.
Al primo controllo a distanza, NG ha riferito di non presentare più alcun sintomo.
Il caso riportato ci suggerisce la necessità di eseguire la cistoscopia nelle macroematurie da sforzo, in assenza di altre diagnosi conclamate.

MALTRATTAMENTO FISICO: COME PROCEDERE UNA VOLTA RICONOSCIUTO

Ferrara P, Gatto A, *Vitelli O, *Romani L, *Zenzeri L, *Cortina I, Fabrizio G, Ianniello F.

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma; *Università Campus Bio-Medico, Roma*

C.R.G. è un bambino di 4 anni ricoverato presso la Pediatria del Policlinico A. Gemelli di Roma in seguito a riferito traumatismo da percosse. La mamma giunta in PS metteva al corrente i sanitari che il bambino aveva subito percosse da parte del padre in stato di ebbrezza e per tale motivo il bambino veniva tenuto in osservazione.
In reparto C.R.G. si presentava in buone condizioni generali, normoidratato. Non erano presenti edemi. L'addome era trattabile. I parametri cardio-respiratori erano nella norma. Presentava una piccola escoriazione in regione temporale sinistra e a livello latero-cervicale sottoauricolare sinistra. Nella stessa sede erano presenti petecchie. A livello del ginocchio destro erano presenti due piccoli ematomi di colore brunastro. Alla parte esterna della coscia sinistra erano presenti esiti di un'escoriazione superficiale lineare di lievissima entità e altre due piccole lesioni iperemiche. I genitali esterni maschili in ordine. Non erano presenti segni evidenti di traumi in altre sedi. Le piccole e le grandi articolazioni erano indenni. Non erano presenti deficit di forza né di sensibilità agli arti. Il bambino inoltre si presentava tranquillo, si lasciava visitare senza problemi.
Primo obiettivo che ci siamo posti è stato quello di considerare la denuncia della madre e valutare con attenzione l'esame obiettivo. L'esame obiettivo presentava lesioni aspecifiche (ematomi agli arti inferiori) e lesioni invece indicative di abuso (petecchie a forma di dita di mano, escoriazioni a forma di cintura) che si sono risolte nel giro di pochi giorni e senza lasciare alcun segno. Non erano presenti altre lesioni importanti cutanee, il comportamento era adeguato e non vi era storia di ripetuti ricoveri o controlli presso diverse strutture o specialisti. Questo lasciava supporre che potevamo trovarci di fronte ad uno dei primi episodi di riferita violenza da parte del padre del bambino. La congruità della versione materna ne confermava ulteriormente l'ipotesi.
Secondo obiettivo è stato quello di informare debitamente l'Autorità Giudiziaria, è stato infatti redatto e inviato referto.
Terzo obiettivo è stato quello di considerare la necessità di prolungare il ricovero e di attendere la più congrua decisione da parte del Giudice.
Dopo qualche giorno, in considerazione del non reiterato comportamento aggressivo da parte del padre e della superficialità delle lesioni provocate, il bambino è stato dimesso in accordo alle disposizioni del PM competente presso il Tribunale dei Minori e al parere della Direzione Sanitaria. Il caso è stato comunque segnalato al servizio sociale interno, che a sua volta ha provveduto a inoltrare segnalazione al servizio sociale territoriale competente.
Per bambino maltrattato si intende la condizione di soggetti in tenera età che subiscono un grave maltrattamento fisico, generalmente ad opera dei loro genitori. Il termine di bambino "*battuto*" è relativo a colui che ha subito lesioni non accidentali, talvolta gravi fino all'exitus, infertegli dai genitori, da persone che lo hanno in custodia, parenti o estranei. Le lesioni tipiche sono rappresentate, dalle contusioni, le ecchimosi, le cicatrici. Segni ben delineati sono spesso l'impronta dell'oggetto utilizzato per infliggere la lesione. Tra queste frequenti sono le impronte di corda, cinghie, fibbie ma anche mani e dita.
Il primo obbligo importante per ciascun esercente una professione sanitaria è nei confronti di reati su cui è prevista la procedibilità d'ufficio quello di dare tempestiva segnalazione all' Autorità Giudiziaria nella forma di referto oppure di denuncia di reato. L'obbligo di referto è espressamente previsto dall'art 334 c.p.p. ed è penalmente sanzionato, in caso di omissione, dall'art 365 c.p. Il referto è una relazione tecnica di natura diagnostica e prognostica circa le lesioni, obbligatoria anche quando sussiste il solo sospetto di un reato, in quanto spetta al magistrato indagare sulla fondatezza giuridica dell' evento.

Nuovi strumenti per la prevenzione degli incidenti in età pediatrica: l'Orsetto Daddy nelle scuole

S. Di Michele*, G. De Amicis**, G. Visci**, V. Flacco*.

* U.O. Pediatria di Lanciano, ASL Lanciano Vasto Chieti
** U.O. Pediatria di Pescara, ASL Pescara

Introduzione

L'impatto sociale degli incidenti domestici in età pediatrica è di estrema rilevanza nel nostro Paese, non solo in termini di conseguenze sul piano sanitario, ma anche dal punto di vista economico. Basti pensare che secondo i dati ISTAT gli incidenti in età pediatrica sono la causa di più di 68.000 accessi/anno in Pronto Soccorso e rappresentano la prima causa di morte e/o invalidità permanente dei bambini italiani. Il problema è ancora più preoccupante se consideriamo che gli incidenti avvengono in luoghi familiari o comunque ritenuti generalmente idonei per i bambini (soprattutto in casa).

Per affrontare un fenomeno di così vaste proporzioni e così capillarmente diffuso, occorre innanzitutto monitorarlo e rendere più cogenti gli interventi per la rimozione dei rischi, accrescere l'area di responsabilizzazione e, soprattutto, incidere con processi informativi e formativi il più possibile estesi ad ogni mezzo di comunicazione.

Materiali

Poiché il gioco è un importante momento di aggregazione del bambino con i suoi coetanei e con i suoi familiari, abbiamo ritenuto possibile utilizzare questa metodologia per mettere a punto un programma di educazione alla prevenzione degli incidenti domestici in età pediatrica.
Pertanto abbiamo sperimentato l'utilizzo del videogioco "Orsetto Daddy a scuola di sicurezza", per diffondere le buone prassi e le regole per migliorare la sicurezza dei bambini in casa e negli ambienti scolastici e di gioco.

Il gioco è disponibile sul sito www.orsettodaddy.it ed è stato ideato dalla Dott.ssa Di Michele in collaborazione di un team di esperti della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana di Medicina dell'Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP). Il gioco è stato allestito dal personale tecnico di Ud'Anet srl, lo spin-off tecnologico dell'Università di Chieti, con il supporto dell'Università Telematica "Leonardo Da Vinci". L'Osservatorio Chicco ha contribuito incondizionatamente a supportare i costi di realizzazione.

Il game interattivo "**L'Orsetto Daddy a scuola di sicurezza**" prevede che il bambino debba affrontare e superare positivamente più situazioni che richiedono lo svolgimento di una serie di attività ambientate in casa, al parco giochi, a scuola e nella strada. Il target è rappresentato da bambini tra i 6 ed i 9 anni, assistiti dai propri genitori/ pediatri/insegnanti.

Materiali (2)

I personaggi del gioco si muovono liberamente all'interno del Daddy Village dove sono presenti vari ambienti: la casa (che include una cucina, un soggiorno, un bagno ed una cameretta), la scuola, il parco giochi e la strada. In ognuna delle ambientazioni i bambini devono affrontare molteplici situazioni "di pericolo" che possono essere superate con l'aiuto del simpatico amico Orsetto Daddy.

Ogni simulazione di "pericolo" viene superata se il bambino fornisce una risposta/azione corretta a cui consegue un aumento del suo "punteggio".

In caso di risposta/ azione non corretta (ad esempio avvicinarsi alla pentola in ebollizione) si ha una perdita di "energia" e un feedback da parte dell'orsetto che spiega la pericolosità del gesto compiuto per la salute del bambino

Metodi:

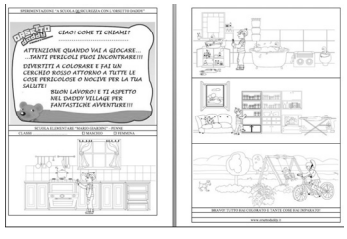
La sperimentazione è stata condotta in due Circoli Didattici ("Mario Giardini", "San Panfilo") della città di Penne (provincia di Pescara). Tutti i bambini residenti nella città di Penne, appartenenti alle classi prima, seconda e terza elementare sono entrati in un programma di prevenzione degli incidenti domestici basato sull'utilizzo del materiale dell'Orsetto Daddy a scuola di sicurezza". La sperimentazione si è svolta poi in tre fasi:

-FASE 1. Somministrazione di un PRE-TEST: un pediatra ha somministrato una scheda contenente vari disegni tratti dal videogioco "Orsetto Daddy a scuola di sicurezza" richiedendo ai bambini di evidenziare tutti gli oggetti pericolosi per la loro salute (in totale erano 16 oggetti) (*figura 1*)
-
-FASE 2. Ad ogni bambino è stato donato un CD "Orsetto Daddy a scuola di sicurezza" per giocare a casa e a scuola. Per un intero mese, in occasione dei rientri pomeridiani, le maestre hanno svolto attività didattiche inerenti al videogioco rinforzando i messaggi in esso contenuti riguardo l'educazione in tema di prevenzione degli incidenti domestici

-FASE 3. Somministrazione di un POST-TEST: il pediatra ripeteva la somministrazione della scheda iniziale chiedendo ai bambini di evidenziare, alla luce delle nuove conoscenze acquisite, tutti gli oggetti pericolosi per la loro salute (16 oggetti)

Metodi:

Scheda utilizzata per il PRE-TEST e ripetuta al POST-TEST dopo un mese di gioco con l'Orsetto Daddy a scuola e a casa:



Il pediatra che ha somministrato il test ha sollecitato i bambini a colorare la scheda proposta individuando eventuali situazioni di pericolo per la propria salute

Risultati

Hanno partecipato 84 bambini (41 maschi, 43 femmine) di prima elementare (anni 6); 96 bambini di classe seconda (50 maschi, 46 femmine) e 25 bambini di classe terza (14 maschi, 11 femmine).

L'identificazione delle situazioni pericolose è stata più alta, per ragioni presumibilmente legate all'età e alle maggiori conoscenze, nei bambini più grandi rispetto ai più piccoli: nello specifico i bambini di terza elementare hanno identificato già in fase iniziale in media il 7,77 (48,56%) delle situazioni pericolose mentre rispettivamente i bambini di seconda elementare ne hanno identificato il 7,47/16 (46,69%) e di prima il 6,10 (38,14%) (*tabella 1*)

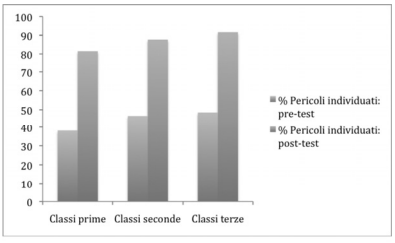
Nel campione analizzato tutti i bambini hanno mostrato un miglioramento nelle conoscenze inerenti agli oggetti pericolosi ed un entusiasmo per l'utilizzo di materiale didattico interattivo sull'Orsetto Daddy.

In particolare i bambini di prima elementare hanno raggiunto l'identificazione di una media di 13,04/16 (81,50%) delle situazioni pericolose e i bambini di seconda e terza elementare rispettivamente hanno raggiunto l'identificazione in media di 14,04/16 (87,74) e 14,65/16 (91,59%)

Risultati - tabella 1

Classe	Bambini (n°)	Pericoli individuati PRE-TEST		Pericoli individuati POST-TEST	
		Media n° (range)	Media % (range)	Media n° (range)	Media % (range)
Prima	84	6,10 (3-9)	38,14% (18,75-56,25)	13,04 (9-16)	81,50 (56,25-100)
Seconda	96	7,47 (4-9)	46,69 (25-56,25)	14,04 (8-16)	87,74 (50-100)
Terza	25	7,77 (5-10)	48,56 (31,2-62,5)	14,65 (11-16)	91,50 (68,7-100)

Risultati



Identificazione degli oggetti pericolosi (in termine %) da parte dei bambini delle classi prime, seconde e terze rispettivamente prima (blu) e dopo (rosso) aver utilizzato per un mese il videogioco "Orsetto Daddy a scuola di sicurezza".

Conclusioni

In questa piccola sperimentazione si è dimostrata l'utilità del videogioco "Orsetto Daddy a scuola di sicurezza" nel contribuire a formare i bambini in tema di prevenzione degli incidenti in età pediatrica.

A livello locale nel tempo potrebbero essere analizzati gli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Penne dei bambini nati dal 2001 al 2003 per valutare se all'aumento di conoscenze in tema di prevenzione possa corrispondere una reale riduzione del numero di incidenti in età pediatrica.

La diffusione a livello nazionale del materiale in altre scuole, disponibile peraltro gratuitamente mediante il sito www,orsettodaddy,it, e la collaborazione di altri pediatri con insegnanti e genitori potrebbero contribuire a diffondere le buone prassi per migliorare la sicurezza dei bambini in casa, negli ambienti scolastici e di gioco oltre che in strada.

Ringraziamenti:

Per l'importante contributo alla realizzazione del videogioco si ringraziano il consulente psicologo *Dott. Massimiliano Barattucci* e il team di esperti della SIP e della SIMEUP: *Dott. Antonio Vitale, Prof. Francesco Chiarelli, Prof. Pasquale Di Pietro, Dott. Giovanni Visci.*

Per la sperimentazione clinica nelle scuole elementari "*Mario Giardini*" e "*San Panfilo*" della città di Penne (PE) si ringrazia la *Dott.ssa Olga Giancaterino*, le *Direzioni Didattiche*, tutti gli *insegnanti* per la preziosa collaborazione e tutti i *bambini* partecipanti per l'entusiasmo con cui hanno lavorato con l'Orsetto Daddy.

FRATTURE IN PS: UN POSSIBILE CAMPANELLO DI ALLARME DI MALTRATTAMENTO FISICO MISCONOSCIUTO ALL'INFANZIA.

Mormile R, Colella A, Golia G, Della Corte G, Piccolo F, Capasso MP, Coppola R, Cioffi C, Ferrara P°, Capasso L°, Vitale R, Perri D

^UOC di Pediatria e Neonatologia – P. O. San G. Moscati – Aversa, °Universita' Cattolica- Roma

Introduzione – Gli accessi di PS per fratture possono rappresentare un momento importante ai fini della individuazione di maltrattamento fisico ai danni di un minore. Nel 1946 il radiologico J. Caffey, segnalò per la prima volta l'associazione tra fratture delle ossa lunghe ed emorragie subdurali in bambini vittime di maltrattamento. Successivamente tale rilievo è stato denominato come "battered child syndrome" o "sindrome di Silverman e Kempe", i quali hanno più esaustivamente definito il problema. Il maltrattamento fisico si realizza quando i genitori e/o le persone legalmente responsabili del bambino si rendano esecutori materiali di lesioni fisiche al proprio figlio e/o ne permettano la realizzazione da parte di terzi e/o non si adoperino affinché ciò non accada. Esso può avere alla base una condotta attiva con percosse, lesioni e/ omissiva con incuria, trascuratezza. Le lesioni possono essere di grado lieve, moderato e/o severo. Indicatori di maltrattamento fisico sono lesioni caratteristiche come lo strappo di capelli, le bruciature, le scottature, gli ematomi, le ecchimosi e le fratture. La classica frattura metafisaria delle ossa lunghe come femore, omero, tibia soprattutto se riscontrata dopo l'anno di età, è di comune riscontro nei bambini maltrattati con un'alta specificità per la diagnosi di maltrattamento. Essa prende origine dall'applicazione di eccessiva forza di trazione e di torsione dell'estremità. Caffey denominò questo tipo di frattura "a manico di secchio o ad angolo" perché se la radiografia viene visualizzata tangenzialmente, la lesione si evidenzia come un frammento triangolare sito alla periferia della metafisi; se invece il raggio incidente è angolato, il frammento viene rilevato come una densità curvilinea adiacente alla metafisi. Le fratture dell'omero sono frequentemente correlate ad abuso fisico. E' importante tuttavia distinguere le lesioni accidentali da quelle intenzionali . A tal fine, è necessario trovare una correlazione tra le forze meccaniche del trauma riferito "accidentale" e la frattura associata. Generalmente i bambini si muovono in avanti, di conseguenza la gran parte delle ferite accidentali interessano prettamente la parte anteriore del corpo. E' anche doveroso escludere malattie che comportino fratture simulanti un trauma non accidentale come l'osteogenesi imperfetta e/o il rachitismo e/o la sifilide soprattutto se in figli di madri immigrate.
Caso clinico- SM. 2aa. Giungeva in PS per sospetta "pronazione dolorosa del gomito sx", accompagnato dal padre che riferiva che nel tentativo di salvare il figlio da una rovinosa caduta, lo aveva afferrato il braccio. Il piccolo piangeva in modo inconsolabile con impossibilità alla mobilizzazione sia attiva che passiva dell'arto. Veniva rilevata la presenza di lividi a livello degli arti sia superiori che inferiori. Veniva sottoposto a visita ortopedica con indicazione all'esecuzione di una radiografica che mostrava di frattura metafisaria a livello dell'estremità prossimale dell'omero. Alla richiesta informale circa il motivo dell'assenza della mamma, il marito rispondeva in modo concitato che stavano per divorziare nonostante egli avesse fatto numerosi tentativi per trovare un punto di incontro. Si procedeva alla segnalazione al servizio sociale della zona e con successivo coinvolgimento dell'Autorità competente essendo emerse prove suggestive di maltrattamento fisico reiterato ai danni del bambino da parte del padre, emotivamente labile, ai sensi dell'art 572 CP.
Conclusioni – All'arrivo in PS ogni bambino con frattura sospetta deve richiedere un approfondimento appropriato. Egli deve essere sottoposto ad una valutazione accurata al fine di rilevare altri segni che possano ulteriormente confermare e/o fugare il dubbio di maltrattamento fisico. Si dovrebbe anche cercare di delineare il contesto familiare di appartenenza al fine di raccogliere utili formazioni circa l'esistenza di eventuali conflittualità tra i genitori e/o eventuali situazioni di precarietà assistenziale per la presenza di altre figure genitoriali poco affidabili. Spesso i genitori e/o le figure preposte alla tutela del minore presentano una notevole labilità emotiva. Spesso i genitori che maltrattano i figli forniscono spiegazioni fantasiose circa l'accaduto e di fronte ad anamnesi ambigue, bisogna pensare al'eventualità del maltrattamento. Se il maltrattamento resta nascosto , il bambino continuerà ad essere vittima con ripercussioni che condizioneranno irrimediabilmente tutta la sua vita per le gravi ripercussioni sulla sua integrità e sul suo sviluppo fisico, affettivo, intellettivo e morale. Il danno è tanto maggiore quanto più numerosi sono stati gli anni in cui il maltrattamento è andato misconosciuto fermo restante che ogni sospetto deve essere sempre appurato con certezza e non con presunzione di reato. Il servizio consultoriale zonale può essere di valido aiuto avendo la possibilità di controllare direttamente il nucleo familiare presso il proprio domicilio.

PAROTITE IN UN LATTANTE DI MADRE IMMUNE DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO.

Mormile R, Colella A, Golia G, Della Corte G, Capasso MP,Piccolo F, Coppola R, Cioffi C, Martino L°, Vitale R, Perri D

UOC di Pediatria e Neonatologia – °Laboratorio Analisi P. O. San G. Moscati – Aversa

Introduzione – La parotite od orecchioni è una malattia infettiva contagiosa causata da un virus a RNA classificato come Rubulavirus appartenente alla famiglia dei Paramixoviridae. E' caratterizzata tipicamente da tumefazione dolente di una o più ghiandole salivari, prevalentemente la parotide. Tuttavia l'andamento può essere sistemico con interessamento del nevrasse, testicoli, ovaie, reni, pancreas, cuore determinando quadri di orchite, ooforite, tiroidite, mastite, glomerulonefrite, miocardite, meningoencefalite, poliradicolite ascendente, sordità mono o bilaterale, pancreatite, piastrinopenia. L'uomo è l'unico ospite naturale conosciuto. La malattia ha carattere endemico con un picco di incidenza tra gennaio e maggio. Il periodo di incubazione dura usualmente da 16 a 18 giorni, tuttavia sono stati riportati anche casi esorditi dai 12 a 25 giorni dopo l'esposizione. Il periodo di massima contagiosità va da 1-2 giorni prima della comparsa della tumefazione parotidea sino a 5 giorni dopo. La maggioranza dei casi si verifica prima della pubertà, mentre è estremamente rara nei lattanti sino ai 10 mesi in relazione alla presenza degli anticorpi materni trasmessi per via transplacentare. La parotite solitamente conferisce immunità permanente. La gran parte della popolazione si immunizza per mezzo di infezioni inapparenti. La terapia è sintomatica. Il gold standard terapeutico è rappresentato, tuttavia, dalla immunoprofilassi primaria mediante la vaccinazione consigliata fortemente in due dosi successive in relazione alla frequente non protettiva immunogenicità conferita da una singola dose. La malattia deve essere notificata per Legge. Il paziente deve essere isolato per tutta la durata della malattia.
Caso clinico- SF, 3 mesi e 10gg. Giungeva in PS per "gonfiore guancia sx". Non riferita febbre. Suzione discreta. Colorito roseo-pallido. Marcata tumefazione a livello della loggia parotidea bilateralmente. Lieve iperemia faringea. Azione cardiaca valida. Al torace ingresso aereo simmetrico. Addome trattabile, non dolente alla palpazione superficiale e profonda. TC 37.5°C. Eco guancia: a livello della regione parotidea bilateralmente ingrandimento delle ghiandole con ecostruttura disomogenea per alcune areole ipoecogene e piccoli linfonodi intraghiandolari in ambo i lati. GB 18.240/mm3(N 53.6%, L 36.5%, M 7.2%, E 2.4%), GR 4.540.000/mm3, Hb 11.9 g/dl, PLT 381.000/mm3. VES 8, PCR 1.6 mg/dl, amilasi 400 UI/L, lipasi 78 UI/l. Madre presumibilmente immune alla parotite avendo asserito di aver contratto la malattia nei primi anni di vita. Risoluzione della tumefazione nell'arco di una settimana senza complicanze sistemiche.

Conclusioni – La diagnosi di ogni malattia infettiva dovrebbe fondarsi principalmente sulla sintomatologia clinica. Nel caso in esame l'obiettività risultava suggestiva per parotite sebbene la madre riferisse di essere immune alla malattia. E' probabile tuttavia che la presenza degli anticorpi materni abbia mitigato nella paziente il decorso dell'infezione

INVAGINAZIONE INTESTINALE IN ETÀ PEDIATRICA: UNA DIAGNOSI QUASI SEMPRE TARDIVA PER UN QUADRO DI ESORDIO QUASI SEMPRE FUORVIANTE.

Mormile R, Golia G, Della Corte G, Colella A, Coppola R, Capasso MP, Cioffi C, Piccolo F, Martiniello C°, Gargiulo S^, Vitale R, Perri D

UOC di Pediatria e Neonatologia – °Radiologia - ^ Chirurgia - P. O. San G. Moscati – Aversa

Introduzione – L'invaginazione intestinale rappresenta un'emergenza chirurgica in età pediatrica ed è la causa più frequente di occlusione nella fascia di età compresa tra i 3 mesi e i 6 anni di vita con un picco nei primi 2 anni di vita. Presenta una incidenza di 2-4 casi/ 1000 nati vivi ed un rapporto M/F di 4:1. Le invaginazioni più frequenti sono le ileo-cieco-coliche. Queste si realizzano a seguito dello scivolamento in avanti del tratto terminale dell'ileo a livello della valvola ilo-cecale che va ad inserirsi dentro il primo tratto del colon ascendente. Ma possono anche esservi invaginazioni ilieo-ileali, rare e colo-coliche, rarissime. L'ansa invaginata si trascina dietro il suo meso con i vasi sanguigni in esso contenuti causandone lo stiramento con ostacolo alla circolazione venosa e conseguente infarcimento emorragico con occlusione intestinale e successiva gangrena con peritonite e/o perforazione con pneumperitoneo sino ad exitus se non si interviene tempestivamente. Molto più rari sono i casi di invaginazione ileo-ileale. Spesso l'invaginazione segue ad una gastroenterite. E' stata infatti, avanzata l'ipotesi che un'infezione gastrointestinale provocando il rigonfiamento delle placche di Peyer nell'ileo terminale predisponga al prolasso della mucosa ileale nel colon. Sono stati descritti casi di invaginazione intestinale dopo vaccinazione antirotavirus. Il quadro clinico è caratterizzato da improvvisa addominalgia, con attacchi frequenti e ravvicinati, pianto acuto, vomito ripetuto prima alimentare e poi biliare, ingravescente disidratazione sino allo stato di shock. Suggestiva è l'emissione di feci contenenti sangue rosso vivo, " a gelatina di ribes" nelle prime 12 ore e che si potrebbero evidenziare precocemente mediante l'esplorazione rettale. Tuttavia la sintomatologia di esordio può essere subdola e la triade tipica costituita da pianto intermittente, vomito biliare e feci a gelatina di ribes può anche non essere presente, soprattutto al di sotto dell'anno, epoca della vita in cui letargia ed irritabilità possono rappresentare gli unici indizi di sospetto. L'ecografia addominale risulta diagnostica nella maggioranza dei casi con il rilevo di una immagine a tenaglia nelle scansioni longitudinali ed un aspetto a coccarda in quelle trasversali. La Rx diretta addome può evidenziare i livelli idroaerei a monte e opacità in sede di invaginazione. Il tentativo di riduzione della massa mediante clisma opaco può attuarsi solo quando non è passato troppo tempo dall'esordio, in caso contrario si procede all'intervento chirurgico per la riduzione manuale dell'invaginazione con eventuale resezione intestinale in caso di necrosi. L'invaginazione può recidivare.

Caso clinico- SM. 3 mesi. Giungeva in PS per letargia associata a riferiti episodi di perdita di coscienza insorti da alcuni giorni. Riferita recente gastroenterite. All'ingresso facies sofferente ed irritabilità in assenza di segni meningei. Apiressia. Azione cardiaca valida. Al torace ingresso aereo presente bilateralmente. Addome trattabile, diffusamente dolente. Nel corso della degenza episodi improvvisi similsincopali con progressiva comparsa di episodi di vomito. Non indici di flogosi. Diselettrolitemia con iposodiemia e modesta ipokaliemia, Eseguiva TAC cranio che risultava negativa ed eco addome suggestiva di invaginazione ileo-cieco-colica. Necessità di intervento chirurgico per riduzione manuale in relazione allo stato avanzato nel tempo del quadro.

Conclusioni - L'irritabilità in assenza di segni meningei deve sempre indurre il sospetto di una possibile invaginazione nel corso delle prima infanzia. Nel caso in esame, gli episodi di apparente perdita di coscienza erano presumibilmente legati al dolore colico accessuale. Si sottolinea altresì l'importanza dell'esplorazione rettale al fine di una diagnosi precoce di invaginazione.

RUOLO ATTUALE DELL'ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSTICA DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

G. Parisi , L. Cataldi*

Primario Pediatra-Neonatologo in quiescenza
**Istituto Clinica Pediatrica Università Cattolica del S. Cuore Policlinico A. Gemelli, Roma*

Premessa

Il reflusso gastro- esofageo (G.E.R.) è una disfunzione dell ' esofago distale che provoca abnorme passaggio di contenuto gastrico in esofago, comune ma frequentemente fisiologico. La malattia da reflusso gastro-esofageo (G.E.R.D.), sintomatica con spesso esofagite e tutta una serie di disturbi gastrointestinali , respiratori e d ' ordine generale , rappresenta solo il 10% di tutti i bambini con GER che presentano ancora la condizione dopo i 12-14 mesi (Boix-Ochoa , 1985; Colletti ,1995; Omari ,1999) , mentre solo il 15% dei pazienti che hanno intrapreso trattamento conservativo richiederà soluzione chirurgica per il fallimento dello stesso .L'incidenza cumulativa nell ' infanzia è pari al 18% e può salire fino al 70 % in caso di condizioni favorenti , come fistola tracheo-esofagea, deficit neurologici ed anomalie anatomiche dell' esofago (Mc Guirt, 2003).

Cenni clinico-diagnostici

La diagnosi di GERD può essere problematica specie nei bambini più piccoli, essenzialmente perchè il “pattern” ritenuto classico di presentazione clinica (vomito e/o rigurgito con o senza ripercussioni sulla crescita mentre in età scolare sono più comuni dolori addominali : Hassal,2005) può senz'altro considerarsi ampliato a favore di uno “spettro” fenomenologico che sempre più da vicino “mima “ la classica rappresentazione iconografica e concettuale dell' “iceberg” celiaco, con forme tipiche di GER , forme atipiche, GER “occulto”, complicanze, condizioni di accompagnamento, associate e/o favorenti. Si pensi che le più recenti linee-guida ESPGHAN-NASPGHAN enumerano tra sintomi e segni attribuibili al GER ben 22 entità, alcune delle quali “sorprendenti” se giudicate secondo i vecchi schemi concettuali, come erosione dentaria, ipersalivazione ed eritema mento-perilabiale , sinusopatia, OMA ricorrente,”wheezing”, aspetto “ad acciottolato”del laringe, laringite ricorrente con stridore inspiratorio,rinite con essudazione abbondante,”globo”faringeo, ipoproteinemia, rifiuto ad alimentarsi, “stressed behavior” ed altre, nei cui confronti, non trattandosi di manifestazioni specifiche e patognomoniche di una singola ben definita condizione, sarà necessario costruirsi una più elastica elicitazione mentale di raccordo etiopatogenetico e profilo clinico-anamnestico , utili a veicolare l' “observatio et ratio” verso il più opportuno iter diagnostico.
Un modo semplice e a nostro avviso efficace di alleggerire il peso di queste problematiche può essere individuato in un impiego meglio selezionato e condotto dell' ecografia in fase di “incipit” percorsuale, che può servire come base per interventi di terapia empirica ragionata con “timing” definito, destinati ad ottenere quasi sempre un buon controllo dei sintomi o a sancire una funzione più correttamente esercitata di consegna del caso a metodiche più invasive e/o a competenze professionali specifiche(gastro-enterologo,chirurgo pediatrico).Come afferma Omari(2008), l'approccio iniziale al GER deve essere comunemente basato, sia a causa della già ricordata problematicità di diagnosi sia (e forse più spesso) per una sovrastima della malattia da reflusso, su una offerta di “ buon senso” da parte di un medico esperto e paziente che valuta un GER, considerando anche(è sempre Omari a ricordarcelo) che la condizione in questione è di forte impatto sociale, capace di intercettare ragioni ed esigenze socio-economiche ed etiche e di generare distress parentale e frustrazione nella collettività .Appare opportuno a questo punto ribadire che le sole indicazioni chirurgiche nelle primissime epoche della vita sono: a) sintomatologia respiratoria grave RGE-correlata (“awake”- apnea , b.polmoniti recidivanti e/o da aspirazione); b) le ernie jatali importanti con parziale o totale risalita dello stomaco in torace. Nello stesso periodo o in età successive la presenza di condizioni di base determinanti o favorenti (soggetti già operati per atresia esofagea , portatori di cerebro- e neuropatie di varia natura , anomalie cromosomiche o malattie metaboliche ,turbe gravi della deglutizione, s. di Roviralta , soggetti scampati alla SIDS o con ALTE pongono indicazione chirurgica , peraltro gravata da elevata frequenza di insuccesso, secondo Hassal(2005) : 30-70 % tra 1 e 3 anni . Resta infine da rimarcare che una discreta quota(20- 25 %) di GER nel piccolo lattante è imputabile ad APLV(sia Ig-E che non Ig-E mediata), per cui un trial di 4-6 settimane con formula ipoallergenica si impone come dirimente in caso di sospetto, posto su base anamnestico-clinica .

La diagnosi ecografica : motivazioni , potenzialità , limiti ,modalità di conduzione

Lo studio diagnostico si avvale di più metodiche : pH metria esofagea 24 ore , studio radiologico con bario, scintigrafia esofago-gastrica, ecografia esofago-gastrica, esofagogastroscopia con eventuale biopsia esofagea e manometria . Nel valutare di esse , occorre ricordare che “in the approach to the individual patient , the most useful test is a carefully obtained history “ e che “ no single test will separate all patients with significant gastroesophageal reflux from normal patients “ (Herbst ,1981) , assunti ancora oggi validi .
Una disamina individuale sarebbe troppo lunga , occorre però ricordare per quanto attiene in particolare alla pH-metria esofagea , comunemente ritenuta il “gold-standard” per la diagnosi e il monitoraggio terapeutico (acido-soppressione) e post-chirurgico (nei casi non responsivi al trattamento medico), che alcuni precisi elementi , pur in presenza di sensibilità e specificità pari al 90 % , quali la non correlazione tra severità della sintomatologia e dati pH-metrici , la mancata rilevazione dei reflussi alcalini , le fluttuazioni di risultato anche significative da un giorno all'altro, l'invasività della metodica inducono E.M. Quigley (1998) a chiedersi in un editoriale sulla questione:” already standard but not yeld gold ? “. Per tali motivi temiamo che il test , pur continuando ad essere “ sulla carta “ il “ top “ diagnostico nella generale considerazione , sia nella realtà sottoutilizzato e che la forbice tra le indicazioni poste e gli esami effettivamente praticati rimanga e sia destinata a rimanere ancora troppo ampia .
Il GER può essere sicuramente documentato ecograficamente nell' esofago distale (Koumanidis,2004), così come si può

visualizzare il contenuto gastrico ed il suo refluire nell'esofago ; analogamente , il color-doppler conferma e corrobora il reperto ecografico , mostrando un " back flow " immediato o ritardato , visualizzato con singola tonalità blu o una codifica mista di colore , talora un flusso bidirezionale durante il reflusso , cui fa da contraltare l' ampia apertura della giunzione gastroesofagea con perdita del tipico " beak shape "in 2D. L' ecografia con studio della giunzione esofago- gastrica e del tratto intraaddominale dell ' esofago , oltre che della regione antro-pilorica in condizioni basali , durante e dopo pasto liquido , è uno dei mezzi meno invasivi per la diagnosi di RGE e, come tale , esercita oggi un forte "appeal " nella considerazione dell ' utenza e , di conseguenza , nella richiesta di prestazioni ; mentre il credito che riscuote nella comunità scientifica internazionale di settore, come si evince dalla rassegna delle linee-guida (che sono- è bene sottolinearlo- raccomandazioni di comportamento pratico) emesse nel 2001 a cura del GER- Guideline Committee del NASPGHAN è del tutto irrilevante : assoluta mancanza di riferimento nel "cassetto degli attrezzi " diagnostico. Né la situazione migliora di molto nell ' aggiornamento ESPGHAN- NASPGHAN del 2009 :"Esophageal and gastric ultrasonography : these tests are not recommended for the routine evaluation of GERD in children" è la telegrafica gelida nota al riguardo . Peraltro , lunga è la lista di studiosi , articoli scientifici e testi di Medicina specialistica prestigiosi che esprimono una posizione diversa ,che riconosce e documenta una utilità diagnostica sia individuale che di integrazione in quelle che vengono definite "upper gastrointestinal series ", per cui la complessiva attuale situazione è "in progress " , con elementi di contraddittorietà che testimoniano il travaglio e la vivacità della ricerca di acquisizione a pieno titolo di "diritto di domicilio " stabile nell ' armamentario diagnostico " ufficiale " della metodica in questione , che ambisce a essere riconosciuta come complementare e non alternativa alle altre.
Noi riteniamo che l' ecografia ,assieme ai dati anamnestico- clinici , possa risultare di grande utilità nello studio della patologia da reflusso gastro- esofageo , pur dichiarandoci del tutto alieni da atteggiamenti di tipo "fideistico ". Essa permette di studiare sia l ' anatomia della giunzione gastro- esofagea sia di individuare e quantificare tutti gli episodi di reflusso ,compresi quelli "occulti " (che sono i più subdoli e rischiosi per i potenziali effetti patogeni), nonché di escludere altre possibili cause di rigurgito / vomito , come stenosi ipertrofica del piloro o pilorospasmo, stenosi duodenale, malrotazione intestinale (attraverso la valutazione color- doppler che consente la visualizzazione della regolare dislocazione o meno del c. d. ventaglio aorto-mesentero-cavale), acalasia , duplicazione esofago- gastrica , sindrome di Roviralta , diaframma antrale , brachiesofago congenito .
Lo studio ecografico integrato dalla valutazione color- doppler va condotto in 2 (3) tempi successivi : a) a digiuno : per misurare correttamente l' esofago distale (lunghezza , spessore o diametro trasverso medio e verifica della normalità del disegno ecografico mucosale) e l ' angolo di His e valutare regione cardiale e pilorica ; b) dopo riempimento gastrico con pasto liquido (latte , acqua) e successiva osservazione ecoscopica per 15 minuti , contando e valutando i reflussi che si sono verificati , con paziente in postura supina e nessuna preparazione .I parametri e la tecnica di esecuzione sono ancora quelli descritti da Mallet nel 1989 , che offrono anche gli elementi per una classificazione ecografica di gravità : lieve , media , severa ; c) una ulteriore fase di studio , breve (10-15 minuti) per cogliere episodi di reflusso successivi al termine del pasto liquido (e come tali più significativi) o prolungata , qualora si volesse valutare anche il tempo di svuotamento gastrico (segno indiretto di reflusso , se allungato) , può essere inserita in coda all ' esame standard , in modo selettivo o "allargato " , a seconda delle necessità . Recenti studi hanno dimostrato una sensibilità dell ' ecografia molto elevata (95 %) con una specificità relativamente bassa (11- 60 %). Il dato non è contestabile, ma noi riteniamo che un ecografista "dedicato ", esperto e paziente , abile nel cogliere attraverso una ricerca meticolosa , attiva e consapevole gli elementi ricordati , unitamente ad una buona tecnica di esecuzione e l'attitudine al più corretto e morbido approccio al paziente pediatrico possano migliorare il valore diagnostico dell ' esame , consegnando alle metodiche più invasive il numero più ristretto di pazienti e di condizioni selezionate , realizzando una reale efficace complementarietà / integrazione di indagini ed una ottimale razionalizzazione del percorso diagnostico che risulti incisivo senza apparire intrusivo ed appropriato senza essere percepito come disumanizzante .
Le indicazioni "classiche " rimangono pur sempre: diagnosi e screening ; controllo durante la terapia medica ; follow-up dopo trattamento (anche e soprattutto "ex-adiuvantibus ")

Conclusioni

Il GER visibile è abbastanza comune e benigno nel lattante e nel piccolo bambino e può essere gestito fornendo semplici spiegazioni , rassicurazioni e , talora , banali misure .Le condizioni comprese nel GERD possono divenire oggetto di una specifica investigazione ed essere trattate grazie a una terapia precisamente definita . Nell ' ambito del procedimento diagnostico , l 'esame ecografico e color-doppler , appropriatamente impiegato , può apportare utili vantaggi sia sul piano diagnostico diretto che sulla selezione dei pazienti da indirizzare a procedure più invasive e/o al gsstroenterologo o chirurgo pediatrico .
Dati prospettici longitudinali sono necessari per stabilire con esattezza quali bambini con sintomi attuali di GER hanno o avranno una GERD e sono a rischio di sviluppare complicazioni o recidive.

Bibliografia essenziale

Baert, A.L. ,Knauth , M. ,Sartor , K. : " Radiological imaging of the digestive tract in infants and children ". Devos & Blickman editors , Springer-Verlag 2008 ; 2 :81-107 .

Rudolph , C.D. , Mazur , L. J. ,Liptak , G. S. et al:" Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children : recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition ". J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. , 2001 . .39: 373-377

Vandenplas , Y., Rudolph , C. D . and Committee Members :" Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines :Joint Recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN ".J. Pediatr. Gastroenterology Nutr . ,2009 .49: 498-547 .

Mc Guirt , W F :" Gastroesophageal reflux and the upper airway . Pediatr . Clin . N . Am. ,2003 . 50 : 487-502 .

Jang ,H. S . , Lee, J. S. , Lim , G. Y. , Choi B. G. , Choi , G. H. , Park , S. H. :" Correlation of color doppler sonographic findings with pH measurements in gastroesophageal reflux in children " .J. Clin. Ultras. ,2001. 29, 4 :212-217 .

Mallet , E. , Le Dosseur , P. :"Le place de l 'èchographie dans le rèflux gastroèsophagien ". In: Veyerac A. C. (a cura di) , Radiopèdiatrie : de la clinique à l' imagerie .75-80 , Sauramps Medicale , Montpellier , 1989 .

Omari ,T. :" Gastroesophageal reflux in infants : can a simple left side positioning strategy help this diagnostic and therapeutic conundrum ? ". Min. Ped.,60. 2. 2008 : 193-200 .

BAMBINO ED OSPEDALE: UNA REALTÀ SEMPRE ATTUALE E DIBATTUTA

Luigi Cataldi[1], Danilo Buonsenso[1], Elisa Tisi[2], Salvatore Vendemmia[3]

1 Ist. Clinica Pediatrica UCSC, Roma, 2 Ass. AISERNUI, Roma, 3 SIPO

Introduzione e Scopo: Le prime strutture "hospitalarie" note in Italia si basavano sulla pietà di privati e di religiosi offrendo accoglienza nei secoli a bambini privi della protezione della famiglia. Cio ci induce a proporre una nota sull'evoluzione dell'assistenza ospedaliera al bambino nel nostro Paese
Metodi: Revisione critica della letteratura specie dei tanti testi concernenti l'assistenza pediatrica dai tempi dell'arciprete Dateo (Milano,787) e a del sacerdote Ansperto (Cremona, 870) fino al XX sec.
Risultati: Tra i primi fu Innocenzo III (1198) a creare una struttura assistenziale per i bambini abbandonati (S.Spirito in Sassia). Poi sorge a Firenze "l'Ospitale degli Innocenti"(1445).
Istituzioni di prevenzione e cura furono gli Ospizi Marini fin dal 1856, grazie a Giuseppe Barellai, che sollecitava quei comitati civici che in Italia promossero l'assistenza ai bambini scrofolosi e rachitici. Sorsero poi ospedali infantili a Torino, Firenze e Roma e ai primi del XX secolo si apprezzò il bambino come entità diversa dall'adulto.
Sorsero ospedali pediatrici a Brescia (1902), Cremona (1904), Milano (1906), e nuove Cliniche Pediatriche a Palermo (1908), Modena (1911) e Bologna.
L'attenzione al bambino si rafforza nel ventennio fascista. Il regime sostiene la salute materno-infantile con l'Opera Nazionale Protezione Maternità Infanzia, realizza colonie elioterapiche; inizia la lotta alle malattie infettive.
Jemma realizza la nuova Clinica Pediatrica a Napoli (1929). Ricche donazioni fanno sorgere l'Ospedale pediatrico "G.Gaslini"; compaiono i Centri Immaturi (Milano 1939), che avranno netta evoluzione nella seconda metà del secolo scorso, fino a raggiungere oggi livelli di eccellenza, e offrire anche sostegno psicologico a bambini e genitori.
Conclusioni e discussione: L'evoluzione seguente evidenzia l'importante impegno dei pediatri per la protezione del bambino contro le malattie, ma anche forse nei confronti di alcuni presidi istituzionali che sembrano quasi contrastare i diritti del bambino in ospedale.
L'impegno delle Società Scientifiche, della SIP e delle Società affiliate, nonchè della Società Italiana di Pediatria Ospedaliera, conferma l'importanza dell'operato dei Pediatri italiani per il bambino, anche nei giorni più difficili, come quelli odierni.

LE INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI IN PEDIATRIA.

Vincenzo Comune*, Aangela Griffo**, Elisa Sciorio***.

**Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ** Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ***Università di Napoli Federico II.*

Le infezioni delle "basse" ed in particolare delle "alte" vie respiratorie costituiscono la causa più frequente di morbilità in età pediatrica, con grande frequenza nel periodo autunno-invernale. Gli agenti responsabili di tali forme morbose pediatriche sono i virus respiratori come il Sinciziale, i Parainfluenzali, gli Adenovirus, i Rhinovirus e fra i batteri più comuni sono lo Streptococcus e l'Haemophilus. Circa il 97% della popolazione infantile tra i 3 e i 5 anni è interessata, almeno una volta, da questa malattia.

Caratteristicamente le infezioni delle vie respiratorie si ripetono, fino a diventare recidivanti in alcuni bambini, nei quali possono condizionare lo stato di benessere "globale", interferendo, infatti, anche sulle assenze dal nido o dalla scuola materna e quindi sulla socializzazione dei bambini inducendo, ovviamente, assenze lavorative dei genitori. Il motivo del frequente recidivare delle infezioni respiratorie "alte" in molti bambini è fondamentalmente legato alla "inesperienza immunologica" del bambino verso i più comuni agenti patogeni rispetto all'adulto che è, invece, "immunologicamente esperto" e quindi protetto da molti ripetuti insulti virali e batterici.

In età pediatrica, pertanto, un certo numero di infezioni respiratorie, per anno e prevalentemente delle alte vie respiratorie, è da considerarsi "normale". Tale numero "normale", secondo la più qualificata letteratura pediatrica italiana, si attesta in quasi tutte le regioni intorno ad una media di 4 "infezioni alte"/anno tra i 3 e i 5 anni di età, ed intorno ad una media di 3 "infezioni alte"/anno dopo i 6 anni. Le infezioni "basse" risultano essere molto meno frequenti con una media di 1,5 infenzioni/anno tra i 3 e i 5 anni e 1 episodio/anno dopo i 6 anni. Se un bambino oltre il terzo anno di età supera questa "attesa fisiologica" e presenta, pertanto, oltre 6 infezioni respiratorie/anno, da settembre ad aprile, e quindi circa un episodio/mese, probabilmente può essere incluso nel gruppo dei bambini con "infezioni respiratorie ricorrenti" (IRR).

I dati sulla reale frequenza di tale condizione sono ancora non univoci, in letteratura, oscillando tra il 20 e il 4,5% della popolazione infantile.

L'esame clinico di tale soggetto nei "periodi liberi" è quasi costantemente negativo, tranne una certa frequenza di lieve adenoidismo e/o di ipertrofia delle tonsille palatine con micropoliadenia laterocervicale e sotto-mandibolare.

Particolare attenzione, nell'inquadramento nosologico delle IRR, va riservata ai bambini con bronchiti asmatiformi o con veri e propri attacchi di asma che rappresentano, in alcune regioni, anche il 6% della popolazione infantile di I e III infanzia. Al di là di condizioni patologiche specifiche, esistono sicuramente fattori che favoriscono le IRR e che vanno presi in considerazione dal pediatra. L'approccio clinico del pediatra al bambino con infezione respiratoria ricorrente deve basarsi, quasi esclusivamente, per quanto detto, su di una corretta anamnesi e su di un corretto esame clinico e, quindi, sul corretto rapporto informativo con i genitori e sulla sorveglianza clinica prolungata del singolo caso. Solo eccezionalmente è necessario ricorrere ad indagini laboratoristiche o radiologiche rutinarie o sofisticate.

Il "prototipo" di un bambino con infezione respiratoria ricorrente è rappresentato da un soggetto con anamnesi perinatale e fisiologica normale, con soddisfacenti dati auxologici e che, dopo il secondo anno di vita, ha iniziato a presentare continue flogosi febbrili delle alte vie respiratorie ed eccezionalmente delle basse. Di solito, è stato sottoposto a ripetute indagini umorali, quali VES, TAS, PCR, emocromo,e/o radiologiche (radiografie del torace, dei seni paranasali), viene indirizzato a ripetute visite pediatriche e ORL, e viene sottoposto, a volte da anni, ad un bombardamento farmacologico sia in fase acuta sia nei periodi di benessere nel disperato tentativo di profilassare il ripetersi degli episodi.

Eccezionalmente è necessario ricorrere a farmaci. Nella fase "acuta" delle flogosi c'è spazio per l'uso di antipiretici e di farmaci sintomatici. La necessità di una terapia antibiotica dipende dalla diagnosi. Se si escludono le otiti purulente e le faringiti streptococciche, si può dire che raramente ci si trova di fronte a forme batteriche per le infezioni respiratorie. La seganalazione di resistenze soprattutto da Haemophilus influenzae beta-lattamasi produttore, rende opportuno anche l'impiego di cefalosporine di terza generazione da somministrarsi 2 volte al giorno. Un giustificato impiego di farmaci immunomodulanti va riservato soltanto nei bambini con infezioni respiratorie ricorrenti con dimostrata parziale immunodeficenza transitoria ed in quelli, pur in assenza di confortanti aspetti immunologici, con estrema frequenza e gravità di episodi flogistici, in particolare delle basse vie.

LE POLMONITI NON COMPLICATE IN ETÀ PEDIATRICA.

Vincenzo Comune*, Angela Griffo**, Elisa Sciorio***.

**Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ** Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ***Università di Napoli Federico II.*

La polmonite in età pediatrica è una delle più frequenti cause di ricovero nell'infanzia, anche se le forme gravi sono rare e riguardano prevalentemente pazienti immunodepressi o con patologia polmonare cronica.
Ricerche epidemiologiche condotte in diversi Paesi industrializzati hanno infatti dimostrato che le polmoniti costituiscono il 7,5% delle malattie febbrili dei bambini in età inferiore ai tre mesi e il 13% di tutte le forme infettive dei soggetti di 1-4 anni.
E' necessario suddividere le polmoniti in polmoniti complicate e non complicate. Queste ultime sono le polmoniti che si osservano normalmente e comprendono il 95% di tutte le polmoniti. Le forme più gravi riguuardano la patologia polmonare clinicamente complicata o conseguente a patologie preesistenti o in soggetti immunodepressi, e che rappresentano il 5% del totale delle polmoniti.
Il sospetto dell'esistenza di una polmonite nasce dalla sintomatologia clinica generale e soprattutto da quella obiettiva toracica. Reperti come ipofonesi, presenza di respiro modificato in senso broncofonico o di rantoli subcrepitanti non modificabili sono infatti pressochè patognomonici di polmonite. In assenza di questi, tuttavia, molto utile può essere l'accurata valutazione della frequenza respiratoria.
Da parecchi anni è stato dimostrato che quadri clinici e radiologici compatibili con la diagnosi di polmonite possono essere dovuti a moltissimi agenti etiologici, che vanno dai comuni virus respiratori ai classici batteri auali lo Streptococcus pneumoniae, l'Haemophilus influenzae e lo Staphilococcus aureus, per finire ad agenti infettivi meno noti, ma per questo non meno importanti come:
- Streptococcus di gruppo B
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia trachomatis
- Pneumocistys carinii
- batteri anaerobi.

Ricerche successive hanno tuttavia messo in evidenza che l'etiologia varia, entro certi limiti, con l'età.
L'infezione polmonare può essere contratta durante la vita intrauterina, alcuni giorni o alcune settimane prima del travaglio e del parto e i patogeni responsabili sono gli stessi che usualmente si trasmettono per via transplacentare dalla madre.
Di gran lunga più comune è la patologia polmonare acquisita al momento del parto, che presenta caratteristiche infettive dei germi presenti nelle vie genitali materne. Le polmoniti che compaiono qualche giorno dopo il parto derivano invece da infezioni acquisite per via orizzontale e sono riferite all'ecologia microbica della nursery.
Nel bambino dai 2 ai 6 mesi, l'etiologia di un'infezione polmonare è spesso causata da germi come lo Streptococcus pneumoniae e la Chlamydia trachomatis, mentre fra i virus la prevalenza è dovuta all'RSV e al cytomegalovirus.Nel soggetto da 6 mesi a 5 anni le forme virali da RSV e da Parainfluenzae 1 e 3 sono le prevalenti, mentre il ruolo svolto dai batteri è fortemente discusso a causa delle metodiche molto diverse utilizzate per l'identificazione etiologica.
Lo Streptococcus pneumoniae e l'Haemophilus influenzae di tipo B sono i germi più spesso in causa. Nel soggetto in età scolare ed adolescenziale prevale il Mycoplasma pneumoniae. Un ruolo di rilievo è ancora rappresentato dallo pneumococco, mentre perdono d'importanza i virus.
Se la suddivisione per fasce di età dell'inquadramento etiologico delle polmoniti del bambino è utile, non basta a permettere una precisa caratterizzazione del singolo caso, nè ad orientare in modo preciso la terapia. Occorre quindi analizzare se le tecniche microbiologiche, radiologiche, cliniche e di laboratorio possono contribuire a risolvere il problema della diagnostica differenziale etiologica delle polmoniti.

Diagnosi differenziale clinica

La diagnosi differenziale su base clinica tra polmonite virale e batterica presenta delle differenze da un punto di vista teorico, anche se nella pratica corrente è difficile differenziare le due patologie in quanto i quadri sono spesso sovrapponibili.

Radiografia del torace

La distinzione tra polmonite batterica, attribuita al classico quadro del consolidamento lobare o segmentario, e polmonite virale, con tipico reperto di polmonite interstiziale, è più teorico che reale in quanto in molti casi i reperti finiscono per essere sovrapponibili.
L'impossibilità di differenziare le forme virali da quelle batteriche impone che un antibiotico venga prescritto ad ogni piccolo paziente con polmonite. La scelta si basa sulla relativa costanza dell'etiologia nelle diverse fasce di età pediatrica. E' quindi molto importante avere ben presente il discorso fin qui fatto dell'etiologia legata all'età. Per questo l'approccio di prima scelta può essere differenziato per fasce d'età. Una mancata risposta alla terapia consigliata deve far nascere il sospetto di un'evoluzione della patologia verso forme più gravi che richiedono un'attenzione particolare sia diagnostica che terapeutica.
Importante è la precocità della terapia, soprattutto nei confronti del Mycoplasma, mentre per quanto riguarda la durata della terapia per il neonato ed il lattante vengono considerati appropiati 10-14 giorni di terapia, mentre un periodo di 10 giorni è sufficiente per il bambino più grande e per l'adolescente. E' tuttavia probabile che periodi di trattamento inferiori sono sufficienti, come hanno dimostrato diverse ricerche , che hanno verificato l'evoluzione della polmonite sicuramente batterica con terapia limitata a 5 giorni.
In conclusione, le difficoltà di giungere ad una diagnosi etiologica risultano complicate nel paziente pediatrico. L'aspetto terapeutico è quello che risente maggiormente delle difficoltà diagnostiche, anche se è sempre opportuno intraprendere un

trattamento antibiotico, nel sospetto più o meno infondato di una forma virale, in quanto è sempre possibile la sovrapposizione di una componente batterica. Con i farmaci di oggi a disposizione si può affermare che nella maggior parte dei casi, la polmonite può essere curata a casa. Si devono escludere le forme del lattante piccolo e del neonato o quelle complicate che, per fortuna, non rappresentano più del 5% del totale delle polmoniti.

CONVULSIONI ED EPILESSIA NELLA PRIMA INFANZIA.

Vincenzo Comune*, Angela Griffo**, Elisa Sciorio***.

**Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ** Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA); ***Università di Napoli Federico II.*

I fenomeni convulsivi, tra cui le convulsioni febbrili, sono frequenti nell'età infantile. Possono presentarsi come manifestazioni isolate, indotte da febbre o da altre cause, oppure fare parte di sindromi epilettiche; comunque va sottolineato che non tutti i fenomeni convulsivi sono segni di epilessia.
Nella prima infanzia le manifestazioni della convulsività possono essere raggruppate nei seguenti quadri:
- convulsioni neonatali (esclusive della prima settimana di vita);
- convulsioni febbrili, che compaiono a partire dal sesto mese fino ai 5-6 anni;
- altre convulsioni occasionali a insorgenza variabile ma più frequenti nel primo anno;
- sindrome di West o spasmi infantili, generalmente con esordio tra i 5 e i 7 mesi;
- altre epilessie della prima infanzia, che si osservano generalmente dopo il primo anno.

Il fenomeno convulsivo è di origine celebrale. Deriva da una scarica abnorme di energia da parte di un gruppo di neuroni, evidenziata da una rapida ed intensa depolarizzazione della membrana neuronale.
La traduzione clinica della scarica può essere molto varia, in rapporto alle strutture celebrali interessate.
Se la scarica si produce nelle regioni reticolari centro-encefaliche, essa produce perdita di coscienza; se si propaga poi alla corteccia, insorge ipertono muscolare generalizzato e/o scosse miocloniche simmetriche agli arti. Se invece la scarica ha origine nella corteccia, le manifestazioni avranno caratteri diversi a seconda dell'aria interessata.
Le convulsioni del neonato sono in gran parte ascrivibili a cause note ein piccola parte sono definite criptogenetiche.
La causa più frequente di convulsioni neonatali è la sofferenza celebrale in cui si producono fenomeni di ipossia neuronale e talora di ischemia ed emorragia celebrale.
Le convulsioni neonatali sintomatiche di malformazioni o infezioni celebrali o errori congeniti del metabolismo hanno cattivo significato prognostico, mentre le crisi dovute a ipoglicemia o ipocalcemia o criptogenetiche sono abitualmente transitorie e senza sequele neurologiche.
Le convulsioni del neonato meritano una particolare considerazione anche dal punto di vista semeiologico in quanto la loro grande variabilità richiede spesso la registrazione elettroencefalografica per il riconoscimento della loro natura convulsiva.

Le convulsioni febbrili rappresentano il disturbo convulsivo più frequente in quanto colpiscono il 3-5% dei bambini fino ai 5 anni. Il picco di incidenza si ha dal secondo anno di vita, dove si verifica circa la metà di tutte le convulsioni febbrili.
Sulla base della semeiologica e della durata, diversi Autori suddividono le convulsioni febbrili in semplici o benigne, caratterizzate da una breve durata, e complesse o complicate di durata superiore ai 15-30 minuti.
I principali caratteri orientativi per la diagnosi sono:
- l'entità della febbre: crisi con temperatura inferiore ai 38,5 °C non sono generalmente convulsioni febbrili;
- la storia clinica precedente: la mancanza di convulsioni in assenza di febbre depone per convulsione febbrile;
- l'anamnesi familiare: la presenza di epilessia depone per una forma epilettica, la presenza di una convulsione febbrile per una convulsione febbrile;
- il tipo di convulsione: crisi generalizzate di brevissima durata sono indicative di convulsione febbrile;
- il reperto EEG: il tracciato, dopo una settimana, è normale nelle convulsioni febbrili.

Le convulsioni febbrili sono rintracciabili nell'anamnesi di 1/3 circa dei genitori e dei fratelli di soggetti che hanno avuto questa patologia; inoltre ricorrenze si manifestano nel 25-30% dei bambini che hanno avuto una prima crisi, di solito entro un anno.
Il solo rischio immediato di una convulsione febbrile, che richiede un intervento d'urgenza, è rappresentato dalla possibilità che la convulsione si prolunghi oltre i 15-30 minuti, cioè che si realizzi uno stato di male.
Tale evenienza è sostanzialmente limitata ai primi due anni di vita, periodo in cui si verifica il 90% dei casi. Ciò è dovuto al fatto che in tale età il SNC è particolarmente vulnerabile ed il rischio dello stato di male particolarmente elevato.
E' comunque evidente che in caso di stato di male febbrile, oltre all'intervento sedativo, vanno attentamente e costantemente monitorati i parametri biologici e cardiorespiratori, onde intervenire tempestivamente se necessario.

Malgrado la loro complessiva benignità, le convulsioni febbrili possono esitare in una epilessia successiva. In pratica il 2-6% dei bambini che hanno avuto una convulsione febbrile va incontro a successive crisi epilettiche senza febbre. Ciò significa che il tasso di epilessia nella popolazione che ha avuto una convulsione febbrile è di 3-10 volte maggiore che nella popolazione generale.
Il trattamento di un bambino con convulsione febbrile in atto deve essere mirato a stroncare il più rapidamente possibile l'accesso medesimo. Ciò è possibile unicamente attraverso la somministrazione di diazepam per via rettale o endovena.
Una volta risolto il problema acuto si pone il problema dell'instaurazione o meno di un trattamento profilattico delle recidive.
Tra le crisi convulsive riconducibili all'epilessia merita particolare attenzione la sindrome di West che è una encefalopatia epilettica età-dipendente, cioè un processo morboso progressivo che decorre con numerose crisi, grave perturbamento dell'EEG e deterioramento neuropsichico.
E' costituita da una tipica triade:

- "spasmi infantili" in flessione o in estensione,
- ipsaritmia
- regressione psicomotoria.

L'unico trattamento sicuramente efficace nella sindrome di West è costituito dall'ACTH, che fa scomparire gli spasmi nelle forme idiopatiche e anche in una parte di quelle secondarie.
Tra le altre epilessie della prima infanzia devono essere prese in considerazione:

- l'encefalopatia epilettica precoce, che presenta un decorso rapidamente progressivo con mortalità elevata e una gravissima compromissione dello sviluppo neuropsichico;
- l'epilessia mioclonica benigna e l'epilessia miclonica severa, caratterizzate da brusche mioclonie assiali; la risposta alla terapia è buona solo nella forma benigna;
- le epilessie parziali (a crisi semplici o a crisi complesse); è difficile darne una classificazione esauriente, stante l'estremo polimorfismo degli eccessi.

La terapia antiepilettica cronica nella prima infanzia è basata soprattutto sul fenobarbital (3-5 mg/kg/die). Nei soggetti con crisi miocloniche possono essere utili anche valproato (20-25 mg/kg/die) e le benzodiazepine (nitrazepam, clonazepam, rispettivamente 1-2 mg/kg/die e 0,2-0,3 mg/kg/die).
La crisi convulsiva, se non cessa spontaneamente entro pochi minuti, deve essere troncata con diazepam prima per via rettale poi endovenosa. In caso di risultato negativo, il paziente deve essere ospedalizzato per trattamento anestesiologico.

UN RIFIUTO OSTINATO DEL BIBERON

L. Sirianni[1], M. Mancuso[1]

[1]*U.O. Pediatria, Osp. Soveria Mannelli, ASP Catanzaro.*

PA età 2 mesi e 6 gg, giunge alla nostra osservazione per febbre elevata e pianto inconsolabile.
Primogenita di genitori non consanguinei, nata a termine da gravidanza normocondotta e parto spontaneo. Peso alla nascita kg 3.500. Nessun evento perinatale degno di nota. Allattamento materno esclusivo.
All'ingresso in reparto: Peso kg 5.400, aspetto generale sofferente, TC 39.5°C, irritabile, addome teso, trattabile, attività cardiaca valida, torace libero, faringe roseo, urine maleodoranti. In urgenza esegue emocromo, PCR, es.urine con spiccata leucocitosi neutrofila, aumento della PCR, leucocituria ed ematuria, urinocoltura positiva per 1.000.000 di col. di E. coli. Inizia trattamento con Netilmicina 20 mg die e scomparsa della febbre in II giornata. Eco reni negativa. Durante il ricovero la piccola si attacca svogliatamente al seno, si alimenta poco, perde peso, presenta spesso pianto, è irritabile, l'es. neurologico evidenzia ipereccitabilità che durante il pianto diventa distonia. Si decide pertanto di iniziare allattamento artificiale, con totale insuccesso , perché la piccola rifiuta con ostinazione il biberon, continua ad essere inspiegabilmente irritabile e non sorride. L'EGA arterioso mostra: ph 7.19; pCO2 34 mmHg; pO2 74 mm Hg; BE 12.2 mmol/L; AG 22 mmol/L; successivamente graduale miglioramento dei valori di ph fino a normalizzazione. L'ammoniemia è di 89µmol/l; viene riscontrata anche ipertransaminasemia: GOT 100 U/l; GPT 136 U/l. Esegue eco-encefalo: lieve asimmetria del diametro trasverso dei due emisferi cerebrali nelle porzioni anteriori (dx>sx), ma nei limiti del fisiologico.
Nel sospetto di esordio di malattia metabolica viene anche effettuata aminoacidemia risultata nella norma e la ricerca di acidi organici sulle urine che evidenzia un aumento dell'acido 1.2 propandiolo, un metabolita di batteri intestinali, ed un notevole aumento di ac. Metilmalonico: 66.37 umol/mmolCRE (v.n. < 5). La seconda ricerca dell'acido metilmalonico nelle urine è in corso.
Le malattie metaboliche sono molto rare od eccezionali. Il sospetto clinico e quindi la diagnosi precoce, consente di far regredire il danno metabolico in atto permettendo il pieno recupero funzionale o limitando il danno e gli esiti a distanza.

LA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

Gianni Messi, Michele Vidoni

Irccs Materno Infantile Burlo Garofolo, Trieste

Per rete dell'emergenza urgenza si intende il sistema costituito dalle strutture ospedaliere con Servizio di Pronto Soccorso Emergenza e dal Sistema territoriale per l'emergenza (Centrali Operative 118) cui competono i trasporti extraospedalieri ed interospedalieri. In Italia dal 1996 esiste un accordo Stato-Regioni in attuazione del DPR 27 marzo 1992 (1), che prevedeva l'emanazione di leggi regionali sulle organizzazione della rete locale per l'emergenza dell'adulto, neonatale (Sten) e pediatrica. Ad oggi tuttavia mentre tutte le regioni hanno legiferato sull'organizzazione della rete per l'adulto e stabilito le regolamentazioni per l'avvio del sistema di trasporto interospedaliero neonatale. Solo alcune regioni (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, ecc.) hanno provveduto a predisporre piani locali per gestire adeguatamente le emergenze in età pediatrica. I dati 2010 ministeriali e della Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza pediatrica (Simeup) ci evidenziano come la situazione italiana sia migliorata relativamente all'organizzazione della risposta alle emergenze urgenze pediatrica con l'aumento dei Pronto Soccorso pediatrici, ormai superiori a 100, ma essi non sono presenti in tutto il territorio nazionale nonostante l'impegno della pediatria, ossia delle Società scientifiche pediatriche tra cui la Simeup, nel diffondere la cultura che il bambino sia gestito quanto più possibile dal medico dedicato per cultura e preparazione: il pediatria. I dati ministeriali indicano che gli Ospedali pubblici sono in Italia 742 tutti dotati di area per l'emergenza: 427 Ospedali sono sede di Pronto Soccorso (PS); 196 sono sono sede di D.E.A. di I livello;119 Ospedali sede di D.E.A. II livello In media ogni anno avvengono circa 350 accessi al Pronto Soccorso ogni 1000 abitanti, con una media di circa 1.200.000 prestazioni (2). Rispetto al Censimento SImeup negli ultimi 10 anni sono implementati il numero di Pronti Soccorso Pediatrici ormai arrivati a oltre 100 (Tabella 1) Le caratteristiche delle richieste di prestazione sanitaria in per pazienti pediatrici altamente critici restano poco frequenti come evidenziano i risultati 2010 della Sorveglianza sugli accessi nei PS di 10 Ospedali pediatrici (Ospedali sentinella) (tabella 2). Il medesimo studio mostra come la percentuali di ricoveri sia ridotta (tabella 3), mentre il 5.7% degli accessi necessita di un'osservazione breve intensiva con esito in successivo ricovero nel 21%, a dimostrazione del buon livello assistenziale raggiunto dalla medicina di emergenza urgenza pediatrica italiana (3). Il trasporto interospedaliero del bambino, funzione istituzionale affidata al Servizio territoriale del 118, è poco frequente (4). E' carente l'assistenza offerta per la mancanza di una formazione specifica per l'età evolutiva del personale sanitario addetto e per la non frequente completa dotazione di attrezzature e strumenti per le cure idonee al bambino critico trasportato, Stesse problematiche riguardano il 2-4% dei trasporti primari extraospedalieri che il 118 effettua. Data la scarsità di risorse attuale per prefigurare l'istituzione nella rete dell'emergenza di ogni regione di un trasporto dedicato all'età pediatrica è consiglibaile implementare la formazione sulla gestione del bambino critico del personale sanitario.

Bibliografia

1) DPR 27 marzo 1992 **" Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza -** *G.U. n. 76 del 31/3/92*
2) www.**salute**.gov.it/.
3) Messi G, Vidoni M. Stato dell'arte 2010 della Sorveglianza Simeup sugli accessi in 10 Ospedali sentinella pediatrici italiani. Rivista di Medicina d'emergenza urgenza pediatrica n.2 anno 2011 in press
4) Pirozzi N e coll. Ricerca Finalizzata multicentrica 2006-8 *"Nuove strategie organizzative in Pronti Soccorsi di Ospedali Pediatrici e Ospedali Non Pediatrici periferici"* (Codice 200602Q001874)

	N° OSPEDALI TOTALI	N° OSPEDALI CON PSG in Dea I-II livello	N° OSPEDALI CON PSP AUTONOMO		N° OSPEDALI CON PSP FUNZIONALE
			Accesso diretto h 24	Accesso diretto h 8-20	Accesso su consulenza del PSG
VENETO	86	48	12	0	15
LIGURIA	32	15	4	1	2
BOLZANO /SÜDTIROL	9	7	1	0	6
PIEMONTE-Val d'Aosta	93	74	31	2	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	14	2	2	6
LOMBARDIA	67	64	46	0	18
VENETO	86	48			
EMILIA ROMAGNA	60	42	10	6	9
TOSCANA	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
LAZIO	60	24	5	0	n.p
ABRUZZO	25	15	1	0	11
PUGLIA	85	39	1	0	40
CALABRIA	37	19	1	1	13
SICILIA	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
SARDEGNA	42	22	4	0	10
totale	658	431	118	12	

Tabella 1: elaborazione del dr. F.L. DE Luca (Messina), Coordinatore Commissione PS-OBI Simeup, sulla base dei dati forniti da 18/20 Presidenti regionali Simeup.

Accessi Totali	435088	
Codice bianco	19,74%	MEDIA
Codice verde	68,41%	
Codice giallo	11,44%	
Codice rosso	0,40%	

Tabella 2: Sorveglianza Simeup degli accessi nei 10 Ospedali Sentinella pediatrici: priorità al triage infermieristico

Dimesso	**84,22%**
Allontanatosi SENZA PRESTAZIONI	**3%**
Trasferito	**0%**
Ricoverato	**10,8%**
Allontanatosi DOPO VISITA	**1%**
Rifiuta il ricovero	**1%**
TOTALE	**396271**

Tabella 3: Sorveglianza Simeup degli accessi nei 10 Ospedali Sentinella pediatrici: destinazione dei pazienti dopo la visita in Pronto Soccorso

Bibliografia

5) DPR 27 marzo 1992 **" Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza -** *G.U. n. 76 del 31/3/92*

6) www.**salute**.gov.it/.

LO SCREENING NEONATALE DELLE MALATTIE METABOLICHE EREDITARIE: DOVE SIAMO?

Generoso Andria

Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Napoli Federico II

Oggi le poche gocce di sangue prelevate a tutti i neonati per identificare in tempo utile rarissimi pazienti con alcuni disordini genetici o ereditari sono già utilizzate in varie parti del mondo per lo screening neonatale di un numero di malattie metaboliche (e non solo) che ha raggiunto teoricamente la quota di almeno una quarantina. In Italia un programma sistematico di screening neonatale "allargato" con la tecnica della spettrometria di massa in tandem è stato avviato da alcuni anni in Toscana, si è esteso anche ad altre tre regioni e progetti piloti sono in corso in altre ancora. Le malattie diagnosticabili sono aminoacidopatie, organicoacidurie, difetti della beta-ossidazione, difetti del ciclo dell'urea, ecc. Per tutte esistono terapie standardizzate in grado di prevenire le conseguenze della malattia, se iniziate in epoca presintomatica.
Ma non mancano i problemi. Quali caratteristiche debbono avere le malattie per essere inserite in programmi sempre più allargati di screening neonatale? Conosciamo a sufficienza la storia naturale di queste "nuove" malattie, per decidere di identificare soggetti che potrebbero per tutta la vita non presentare sintomi, pur essendo portatori di un difetto genetico?

Nel frattempo per malattie metaboliche, ritenute una volta incurabili, si sono resi disponibili trattamenti efficaci. Il gruppo più rappresentativo da questo punto di vista è rappresentato dalle malattie d'accumulo lisosomiali: una quindicina d'anni fa è stata introdotta la terapia enzimatica sostitutiva per la malattia di Gaucher e più recentemente è stato messo a punto un simile approccio per il trattamento della mucopolisaccaridosi I, della mucopolisaccaridosi II, della mucopolisaccaridosi VI, della malattia di Fabry, della malattie di Pompe e, tra breve, della malattia di Niemann-Pick tipo B.

Si è immediatamente cominciato a discutere sull'utilità di una diagnosi in età neonatale, o comunque in epoca molto precoce, anche per questo gruppo di malattie, in particolare per i tipi suscettibili di terapia enzimatica sostitutiva, cioè quelli senza coinvolgimento del sistema nervoso centrale. Programmi pilota per depistare malattie d'accumulo lisosomiali in età neonatale sono già stati avviati in Australia, a Taiwan e nello stato di New York e saranno sicuramente estesi ad altre nazioni. Nonostante la rarità delle singole condizioni, si comincia a ritenere che, come per la fenilchetonuria, il neonato o lattante con una malattia lisosomiale suscettibile di trattamento debba ricevere il suo enzima ricombinante il più presto possibile, per prevenire un'evoluzione altrimenti progressiva dei sintomi, soprattutto di quelli viscerali, considerato il mancato passaggio dell'enzima attraverso la barriera emato-encefalica.

Ed ecco altri problemi. È bene iniziare il trattamento in assenza di ogni sintomatologia o è meglio aspettare almeno l'esordio dei primi segni, da un lato per preservare la qualità di vita del bambino e della famiglia (sicuramente compromessa da una medicalizzazione o ospedalizzazione continua) e dall'altro per risparmiare risorse economiche, anche rilevanti, a carico del sistema sanitario? E che dire di una malattia lisosomiale, come la malattia di Fabry, che comporta un esordio di tipo neuropatico in epoca preadolescenziale e una lenta, ma progressiva, evoluzione verso una compromissione della funzionalità renale fino all'insufficienza, un coinvolgimento del miocardio e complicanze cerebro-vascolari? Un progetto pilota di screening neonatale proprio per la malattia di Fabry, realizzato in Piemonte da Spada e collaboratori (Am J Hum Genet, 79: 31-40, 2006) ha dimostrato che questa malattia colpisce fino a un neonato maschio su 3100, dei quali circa 1:37.000 è portatore di una mutazione che evolve verso la forma classica a esordio tardivo. Che cosa decidere di fronte a questi dati? Inserire la malattia di Fabry nel pannello delle malattie da identificare in età neonatale, creando ansia e preoccupazione intempestive alle famiglie, senza conoscere con certezza la storia naturale nello specifico caso depistato e in assenza di qualunque dimostrazione che un intervento terapeutico, sicuramente devastante sull'equilibrio psicologico della famiglia, sia di reale efficacia rispetto a un inizio più tardivo? E' la malattia di Fabry il possibile prototipo di patologie per le quali il servizio sanitario deve prevedere screening di massa in epoche successive della vita? Di questo gruppo di malattie, candidate a test genetici pre-sintomatici in età adulta, fanno parte anche le patologie multifattoriali per le quali esistono già, ed esisteranno sempre di più, possibilità di definizione del profilo genetico, attraverso l'analisi di polimorfismi del DNA, che suggerisca per ognuno la predisposizione e quindi il rischio ad ammalare. Basti pensare a malattie comuni, come il diabete, le malattie cardiovascolari e il cancro.
Nel frattempo, proprio per le malattie lisosomiali, si stanno mettendo a punto approcci terapeutici con piccole molecole, assumibili per via orale, in grado di produrre il loro effetto terapeutico o riducendo la sintesi del substrato che si accumula come conseguenza del difetto genetico primitivo, oppure capaci di aumentare l'attività dell'enzima difettoso con un meccanismo tipo "chaperone" farmacologico che ne aumenti la stabilità e riduca una sua eccessiva degradazione. Per queste nuove classi di farmaci è molto più facile prevedere un inizio precoce del trattamento, anche molto prima della comparsa di sintomi, influenzato presumibilmente dalla pressione delle industrie farmaceutiche produttrici sulla classe medica e sugli stessi pazienti.

Come si vede le domande suscitate da questa esperienza in continuo progresso, relativa allo screening delle malattie metaboliche, dall'età neonatale alle epoche successive di vita, sono più delle risposte. E quasi mai le risposte possono essere fornite esclusivamente dal medico metabolista o dal genetista. Questi devono confrontarsi con problematiche di tipo economico, che peraltro da molto tempo già condizionano le scelte della sanità, di tipo psicologico e, molto spesso, di tipo etico. Forse è tempo di prendere atto che in ogni équipe medica o istituzione sanitaria deve essere previsto il consulente bioeticista, con la speranza che grazie alla sua opera le decisioni in sanità privilegino il rispetto della dignità della persona umana rispetto alla sola esigenza di far quadrare i conti.

ALLATTAMENTO AL SENO: ANTICHI MITI E NUOVE REALTÀ IN UNA SOCIETÀ CHE DIVENTA MULTIETNICA

Graziella Murru, Rosanna Riccio, Sergio Salis, Roberto Antonucci

Unità Operativa Complessa di Nido, Neonatologia e Pediatria
P.O. "Nostra Signora di Bonaria", San Gavino Monreale - ASL 6 SANLURI (VS)

Il fenomeno " immigrazione" ha assunto oramai, nei paesi sviluppati, proporzioni assai rilevanti. In Italia, secondo i dati ISTAT del 1° Gennaio 2011, sono presenti circa 4.570.000 stranieri, pari al 7,5% della popolazione totale. Nel 2010, gli stranieri nati in Italia hanno rappresentato il 14% del totale delle nascite.
La Sardegna è anch'essa interessata dal flusso immigratorio di stranieri di etnie e culture diverse. Nel Centro nascita di San Gavino Monreale, a cui afferisce tutta l'area del Medio Campidano, si è registrato negli ultimi anni un incremento progressivo dei nati di donne extracomunitarie, il cui tasso percentuale è passato dal 2,6% (17 su 650 nati) nell'anno 2009, al 3,4% (19 su 558 nati) nell'anno 2010, ed infine al 5,1% (20 su 396 nati) nei primi 8 mesi del 2011.
Il crescente numero di donne straniere che afferisce al nostro Centro nascita ha stimolato nella nostra equipe la curiosità ed il desiderio di approfondire alcuni aspetti della pratica dell'allattamento al seno in culture diverse dalla nostra, essendo noto che tale pratica è fortemente influenzata da fattori etnici, culturali, sociali ed ambientali. Un simile approccio all'allattamento al seno, attento e rispettoso verso le diversità, ha consentito di documentare una vasta gamma di atteggiamenti e credenze sulle modalità e sulla durata dell'allattamento, sulla bontà o meno del colostro o del latte, sugli alimenti proibiti o raccomandati alle nutrici, sul tipo di relazione madre-bambino e su come l'atteggiamento della madre sia influenzato dalla sua provenienza e dal suo status sociale. In molte culture, ad esempio, il colostro è ritenuto non avere alcun valore nutritivo o è considerato addirittura nocivo per la salute dei bambini, ragione per cui molte donne straniere sono poco propense ad un precoce attaccamento al seno del bambino. D'altro canto, per le famiglie maghrebine di fede musulmana, la nascita e l'allattamento al seno possiedono una forte valenza religiosa che si manifesta con rituali diversi. Per le donne marocchine, ad esempio, l'allattamento è finalizzato non solo al nutrimento del neonato, ma anche ad assicurare ad esso serenità, attraverso un contatto fisico molto stretto con la propria madre. Le donne africane assegnano all'allattamento al seno un'importanza rilevante e, ove possibile, lo prolungano anche fino ai due anni di vita. Le donne cinesi, invece, arrivano in ospedale per partorire e generalmente rinunciano ad allattare; tale scelta deriva dalla necessità di ritornare immediatamente a lavorare, e dalla consapevolezza che il nuovo nato sarà rimpatriato dopo i primi mesi di vita e cresciuto dai nonni. Nella cultura zingara, l'allattamento al seno è la regola, ed esso viene attuato abitualmente fino all'età di 2 anni ed oltre; i piccoli vengono allattati in ogni situazione (fuori o dentro casa, in solitudine o in mezzo alla folla, di giorno o di notte), poiché il seno non viene considerato come un oggetto di desiderio sessuale ma viene associato alla maternità.
Nel nostro Centro nascita, che ha sempre promosso e supportato attivamente la pratica dell'allattamento al seno, le mamme ed i propri bambini stanno assieme per gran parte della giornata, essendo attivo il rooming-in dalle ore 9 alle 22. Ciò favorisce l'instaurarsi di un adeguato attaccamento tra madre e figlio (bonding), è condizione essenziale per l'instaurarsi di un allattamento a richiesta, e consente agli operatori di avere un contatto molto più stretto con la diade madre-bambino. Le donne vengono aiutate e supportate da tutto il personale in un clima quasi familiare, che vede coinvolti anche gli altri membri della famiglia. L'approccio seguito nel nostro Centro valorizza il nucleo familiare, che in taluni casi è anche piuttosto allargato (nella cultura zingara, ad esempio, la nascita di un bambino coinvolge tutto il clan). Cultura e tradizioni delle donne vengono rispettate, e nel contempo si cerca di stabilire un rapporto collaborativo e di mediazione con il padre del neonato, che in alcune culture ha potere decisionale assoluto su questioni importanti riguardanti il benessere della madre e del bambino. Inoltre si evita, ove possibile, di imporre regole restrittive: ad esempio, gli orari d'ingresso nel reparto sono alquanto flessibili, così da favorire la massima unione del nucleo familiare.
In generale, le donne straniere, se confrontate alle nostre connazionali, non richiedono l'aiuto del personale per l'avvio dell'allattamento; il loro atteggiamento, pur risentendo del bagaglio culturale e delle tradizioni di cui sono portatrici, è collaborativo rispetto alle procedure ed alle raccomandazioni in uso nel nostro Centro. Talora, può essere difficile comunicare efficacemente con alcune donne straniere a causa della loro scarsa conoscenza della lingua, specie se esse sono giunte da poco nel nostro Paese; in tali casi si rivela prezioso il supporto dei mediatori culturali. Inoltre, l'assistenza fornita dal nostro Centro alle donne extracomunitarie non si limita al periodo di degenza in ospedale, ma prosegue anche dopo la dimissione, allo scopo di fornire un utile supporto alle neo-mamme, specie se in difficoltà.
In conclusione, il costante aumento delle donne straniere che afferiscono al nostro Centro nascita, impone all'intero staff medico-infermieristico un nuovo approccio multiculturale alle problematiche inerenti la nascita e l'allattamento. A ciascuno degli operatori è richiesto un crescente bagaglio di conoscenze ed una maggiore flessibilità sotto il profilo relazionale e professionale, al fine di fornire un'assistenza il più possibile personalizzata e, se necessario, contribuire al processo di integrazione sociale delle neo-mamme.

Indice degli Autori

Abbate L. pag. 88, 91, 92, 93
Abello F pag. 101, 102
Affinita M.C. pag. 126, 127
Agosta R. pag. 29
Ambrosio A. pag. 72, 95, 96, 135, 142
Amelio R. pag. 114, 115
Andreucci M.V. pag. 85
Andria G. pag. 165
Ansalone A. pag. 88, 91, 92, 93,
Antonucci R. pag. 50, 166
Assandro P. pag. 101,102
Ausanio G. pag. 88, 89, 91, 92, 93
Azzarelli A. pag. 110
Baldoni M. pag. 28
Barbato A. pag. 106
Barbato M. pag. 106
Barracchia G. pag. 73, 103
Basilicata A.M. pag. 136
Basilicata M. pag. 136
Belfiore I. pag. 125,126
Bernabei E. pag. 58
Bernardo I. pag. 88, 90, 91, 92, 93
Bianchi A.M. pag. 118
Bonelli S. pag. 106
Borrelli A.C. pag. pag. 87
Bottaro G. pag. 143, 144
Brescia D. pag. pag. 88, 90, 91, 93
Buonsenso D. pag. 128, 155
Buttaro G. pag. 114, 115
Caiulo S. pag. 76, 123,124
Caiulo V.A. pag. 76, 123, 124
Caloiero M. pag. 117
Cannone A. pag. 73
Capasso A. pag. 88, 90, 91, 93
Capasso L. pag. 82, 85,86, 149
Capasso M.P. pag. 94, 149, 150, 151
Capolongo A. pag. 106
Caramia G. pag. 17, 137, 139
Carfora C. pag. 115
Caropreso M. pag. 119
Carrella E. pag. 106
Casale F. pag. 26, 126, 127
Cascone M.A. pag. 72, 95, 96, 135, 142
Cassano B. pag. 73
Cassetta E.B. pag. 116
Castellucci G. pag. 105
Cataldi L. pag. 48, 128, 152, 155
Celentano E. pag. 31, 118
Cerretani L. pag. 137
Cerullo J. pag. 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Cioffi C. pag. 40, 77, 80, 82, 84, 94, 134, 149, 150, 151
Cirisano A. pag. 109, 122
Colella M.G. pag. 114
Colella A. pag. 94, 134, 149, 150, 151
Colella M.G. pag. 115, 116
Colonna M. pag. 80, 81, 86
Comberiati P. pag. 109, 122
Comune V. pag. 156, 157, 159
Coppola R. pag. 94, 115, 149, 151
Cortina I. pag. 143, 144, 145, 146
Cretella M. pag. 109, 122
Crispino F. pag. 89, 90, 91, 93
Cuccurullo G.P. pag. 136
Cutillo A. pag. 106
D'Angelo D. pag. 89, 91, 92, 93
D'Angelo V. pag. 126
D'Apuzzo A. pag. 72, 95, 96, 135, 142
D'Angelo V. pag. 127
D'Antonio E. pag. 78, 79, 86
De Micco I. pag. 113, 119, 120, 121
De Simone I. pag. 87
Del Bufalo F. pag. 143
Del Buono D. pag. 78
Del Giudice E. pag. 120, 121
Della Corte G. pag. 94, 149, 150, 151
Dessì A. pag. 14
Di Cosmo N. pag. 113, 119, 120
Di Costanzo P. pag. 80, 87
Di Fiore A. pag. 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Di Maio P. pag. 66
Di Martino P. pag. 77, 83, 87
Di Maso R. pag. 85
Di Noia M. pag. 73, 103
Di Pietro P. pag. 13
Domenici R. pag. 110
Erra A. pag. 120, 121
Esposito M. pag. 116
Fabrizio G. pag. 143, 144, 145, 146
Faiola E.L. pag. 74
Falco P. pag. 90, 91, 92, 93
Falco L. pag. 88, 89, 90, 91, 92, 93
Fanos V. pag. 14
Fardella I. pag. 115
Ferrante L. pag. 119, 120, 121
Ferrara P. pag. 27, 73, 143, 144, 145, 146, 149
Ferrara T. pag. 79, 83
Ferraro G. pag. 106
Ferraro M. pag. 119
Figliuolo C. pag. 87
Fortunato V. pag. 73, 103
Frandina G. pag. 109, 122
Franzese A. pag. 113
Fusco C. pag. 126, 127
Fusco G. pag. 84
Gallo A. pag. 116
Gargasole C. pag. 76, 123, 124

Indice degli Autori

Gargiulo S. pag. 151
Gatto A. pag. 143, 144, 145, 146
Gentile C. pag. 119, 120, 121
Gentile G. pag. 118
Giuffrè M. pag. 97
Golia G. pag. 94, 149, 150, 151
Grassia C. pag. 89, 91, 92, 93
Griffo A. pag. 156, 157, 159
Guardamagna O. pag. 101,102
Guardione R. pag. 66
Ianniello F. pag. 143, 144, 145, 146
Iannotta A. pag. 127
Inchingolo G. pag. 103
Indolfi P. pag. 126, 127
Iovino A. pag. 87
Iuliano R. pag. 82
Ivaldi M. pag. 55
Gentilini L. pag. 107
Iori L. pag. 107
Masi L. pag. 114
Lama S. pag. 78, 79, 86
Latini G. pag. 76
Laurenza M. pag. 93
Lauritano D. pag. 28
Lazzaro N. pag. 109, 122
Lenta S. pag. 113, 119
Leonetti N. pag. 103
Liberatore P. pag. 145
Licenziati M.R. pag. 113
Lo Guercio T. pag. 68
Longhi R. pag. 29
Longo G. pag. 45, 118
Lovisi V. pag. 63
Maddaluno S . pag. 113, 120, 121
Maffucci R. pag. 77, 80, 81, 82, 85
Maglione M. pag. 87, 111, 112, 161
Mari L. pag. 81
Maria G. pag. 115
Maritato I. pag. 106
Marra V. pag. 79, 83
Martiniello C. pag. 74, 75, 94, 151
Mascolo G. pag. 72, 95, 96, 135, 142
Masi L. pag. 115
Mazza A. pag. 107, 108
Mazza A. pag. 107, 108
Memo L. pag. 45
Mercogliano C. pag. 79, 83
Messi G. pag. 162
Migliaro F. pag. 77
Milite P. pag. 77, 80, 81, 82
Minasi D. pag. 12, 29
Mion G. pag. 42
Mirabelli A. pag. 61
Miranda G. pag. 72, 95, 96, 135, 142
Mirante E. pag. 116
Mirto N. pag. 126
Monaco P. pag. 115
Montesano G. pag. 84
Montesano P. pag. 116
Moramarco F. pag. 123,124
Mormile R. pag. 94, 134, 149, 150, 151
Moscatelli F. pag. 73, 103
Murru G. pag. 166
Musaico R. pag. 73, 103
Nacca R. pag. 125
Niccoli A.A. pag. 105
Nisi C. pag. 114
Chiarello P. pag. 107
Pacenza C. pag. 109
Pacenza C. pag. 122
Paladini A. pag. 128
Paladini P. pag. 128
Palma E. pag. 114
Paludetto R. pag. 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Palumbo M. pag. 100
Panico M. pag. 93
Panico M. pag. 89, 90, 91
Paolella G. pag. 31, 113, 118, 119, 120, 121
Paravati F. pag. 12, 109, 122
Parente R. pag. 120, 121
Parisi G. pag. 128, 152
Parrella C. pag. 77, 78, 80, 84
Pecoraro C. pag. 30
Pecoraro G. pag. 126, 127
Pellino V. pag. 125,126
Pensavecchia M. pag. 115
Perlini A. pag. 116
Perri D. pag. 94, 149, 150, 151
Perrotta S. pag. 119
Piccolo F. pag. 94, 149, 150, 151
Pierucci I. pag. 42, 131
Pinto C. pag. 118
Pinto L. pag. 44
Pisanti R. pag. 78
Pompa V. pag. 77, 78, 79, 80, 82
Ponticelli L. pag. 126, 127
Ponticiello L. pag. 40, 95, 96, 142
Pota E. pag. 126, 127
Pozella A. pag. 63, 68
Raimondi F. pag. 77, 78, 79
Ramaglia M. pag. 126, 127
Rebonato A. pag. 116
Regia Corte M.C. pag. 65
Ribatti N. pag. 104
Riccio R. pag. 166
Romani L. pag. 143, 144, 145, 146

Indice degli Autori

Romano C. pag. 66, 144
Rossi V. pag. 89, 90, 91, 93
Rosso C. pag. 109, 122
Ruggieri S. pag. 100
Russo G. pag. 129, 130
Russo M. pag. 81
Russo O. pag. 129, 130
Russo Spena G. pag. 77, 83
Sabbi T. pag. 100
Saccheri T. pag. 118
Salis S. pag. 166
Saullo F. pag. 117
Scafarto V. pag. 118
Schettino D. pag. 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87
Sciorio E. pag. 156, 157, 159
Sinno V. pag. 115
Siriani L. pag. 111, 112
Sirianni L. pag. 161
Sisia S. pag. 109, 122
Sodano A. pag. 77, 80, 83, 84
Sodano A. pag. 86
Sparagna A. pag. 115
Stifano V. pag. 131
Stoppa L. pag. 66
Stringari G. pag. 107
Tafuro N. pag. 106
Tafuro F. pag. 106
Terlizzi V. pag. 87
Tisi E. pag. 126, 155
Tolone C. pag. 125, 126
Tolone S. pag. 126
Torsiello B. pag. 131
Tortora L. pag. 106
Tota V. pag. 43
Umbaldo A. pag. 81
Vaccaro A. pag. 110
Vajro P. pag. 31, 113, 118,119, 120, 121
Vendemmia M. pag. 89, 90, 91, 92, 93
Vendemmia S. pag. 28, 40, 134, 155
Veropalumbo C. pag. 113, 119, 120, 121
Vetrano G. pag. 24
Vidoni M. pag. 162
Vitale D.F. pag. 113
Vitale R. pag. 94, 149, 150, 151
Vitelli O. pag. 145, 146
Zenzeri L. pag. 143, 144, 145, 146
Zinfollino G. pag. 104

Note

Note