

Rivista Italiana di **Pediatria Ospedaliera**

Rivista della SIPO-GSPO (Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera)

Volume 1 - n. 2 - Giugno 2008

VOCI DELLA PEDIATRIA ITALIANA

Sip, Società scientifiche affiliate Sip, ONSP, Operatori Sanitari

COLLABORAZIONE OSPEDALE / TERRITORIO

COLLABORAZIONI CON LE SOCIETA' SCIENTIFICHE Di Riferimento

**AREA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO NAZIONALE
AREA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE**

NOTIZIARIO REGIONALE

OSPEDALITA' PRIVATA

**ATTIVITA' SIPO-GSPO
I Progetti di Educazione alla Salute**

**FUTURO PROSSIMO / FUTURO REMOTO
Eventi-Convegni-Congressi Pediatrici**

Rivista Italiana di Pediatria Ospedaliera

Volume 1 - n. 2 - Giugno 2008

DIREZIONE E REDAZIONE

Direttore Generale

Salvatore Vendemmia

Direttori

Gennaro Vetrano

Alberto Podestà

Caporedattori

Maria Vendemmia

Raffaella Mormile

Carlo Cioffi

ASSISTENTE DI REDAZIONE

Elena Bernabei

SEGRETERIA DI REDAZIONE

EDITEAM s.a.s.

Gruppo Editoriale

Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)

Tel. 051.904181/903368

Fax 051.903368

staff@editeam.it

EDITORIAL BOARD NAZIONALE

Rino Agostiniani, Generoso Andria, Gaetano Ausanio, Giuseppe Buonocore, Mario Calvani, Fiorina Casale, Giovanni Cavagni, Luigi Cataldi, Gerardo Chirichiello, Giuseppe Claps, Elio Coletta, Giuseppe Colucci, Antonio Corra, Giovanni Corsello, Alfonso D'Apuzzo, Raffaele Domenici, Salvatore Di Maio, Pasquale Di Pietro, Claudio Fabris, Luigi Falco, Vassilios Fanos, Italo Farnetani, Gianluigi Gargantini, Paolo Giliberti, Arturo Giustardi, Paolo Indolfi, Raffaele Iorio, Marcello Lanari, Franco Locatelli, Riccardo Longhi, Carmelo Mamì, Luigi Memo, Fabio Mosca, Domenico Minasi, Carla Navone, Bruno Nobili, Felice Nunziata, Roberto Paludetto, Francesco Paravati, Giuseppe Parisi, Goffredo Parisi, Ippolito Pierucci, Luciano Pinto, Vincenzo Riccardi, Giorgio Rondini, Marco Somaschini, Mauro Stronati, Luciano Tatò, Gianfranco Temporin, Roberto Trunfio, G. Alberto Ugazio, Massimo Ummarino, Pietro Vajro, Alberto Villani, Antonio Vitale

EDITORIAL BOARD INTERNAZIONALE

Joseph Addad (Beirut, Libano), Jack Aranda (New York, USA), Eduardo Bancalari (Miami, USA), Uzi Bodman (Fort Lauderdale, USA), Robert Chevalier (Charlotte Ville - Virginia, USA), Giorgina Mieli Vergani (Londra, UK), Giovanni Piedimonte (Virginia, USA), Gamal Samy Aly (Cairo, Egitto), Umberto Simeoni (Marsiglia, Francia), Diego Vergani (Londra, UK), Murat Yurdakok (Ankara, Turchia)

SIPO-GSPO

Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera

CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 2007-2010

Presidente

Salvatore Vendemmia

Past-President

Riccardo Longhi

Vice Presidente

Maurizio Ivaldi

Tesoriere

Giuseppe Colucci

Segretario

Gennaro Vetrano

Revisori dei Conti

Alfio Cristaldi

Carlo Cioffi

Consiglieri

Paolo Manzoni

Alberto Podestà

Gabriella Di Cicco

Goffredo Parisi

Vincenzo Riccardi

Elio Coletta

Roberto Antonucci

Rivista Italiana di Pediatria Ospedaliera

Informazioni Generali

Per la richiesta di pubblicazione di articoli inviare corrispondenza elettronica a:
Prof. Salvatore Vendemmia c/o Segreteria di Redazione EDITEAM: staff@editeam.it

Informazioni

Per tutte le informazioni inerenti all'iscrizione alla SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera si veda domanda di ammissione a pag. V.

Abbonamenti

La Rivista ha cadenza quadrimestrale. I prezzi degli abbonamenti annuali per i non Soci sono i seguenti: Italia Euro 30,00; Estero Euro 50,00.

Tiratura e Distribuzione

Questo numero viene stampato e diffuso in nr. 12.000 copie.

Copyright © 2008



Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Autorizzazione Tribunale Bologna n° 7836 del 10/03/2008

Finito di stampare nel mese di Giugno 2008.

INDICE

Editoriale	pag.	1
<i>Salvatore Vendemmia</i>		
Presentazione	"	3
<i>Claudio Fabris</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Premio "Bambini da amare, Bambini da salvare"	"	4
<i>Notiziario Regionale</i>		
Il rischio trasfusionale in Neonatologia ed in Pediatria	"	7
<i>Luciano Pinto</i>		
<i>Rapporto e collaborazione Ospedale / Territorio</i>		
La costituzione di un Network pediatrico nazionale	"	11
<i>Luciana Parola, Maria Teresa Ortisi, Silvano Santucci, Roberto Bellù, Rinaldo Zanini, Riccardo Longhi</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Presentazione del sito web della SIPO-GSPO	"	16
<i>Area di aggiornamento scientifico Nazionale</i>		
The advantages of laparoscopic appendectomy using only one umbilical trocar	"	19
<i>Ciro Esposito, Francesca Alicchio, Antonio Savanelli, Flavio Perricone, Alessandro Settimi</i>		
<i>Area di aggiornamento scientifico Nazionale</i>		
Il ruolo dell'ecografia nella displasia evolutiva dell'anca: la nostra esperienza di un anno di screening	"	22
<i>Angelica Dessì, Maurizio Crisafulli, Erica Vannelli, Vassilios Fanos</i>		
<i>Area di aggiornamento scientifico Nazionale</i>		
I Probiotici: un update sulle caratteristiche e prospettive di utilizzo nel neonato e nel lattante	"	29
<i>Paolo Manzoni, Giovanni Agriesti, Elena Gallo, Luca Gastaldo, Daniele Farina</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Campagna di Promozione della Salute materno-infantile "Come nasce una mamma"	"	31
<i>Area Ospedalità privata</i>		
Consumo di alcool e la Sindrome Feto-Alcoolica	"	32
<i>Gerardo Chirichiello</i>		
<i>Voce agli Operatori Sanitari</i>		
La Comunicazione e l'Interazione di gruppo in Pediatria	"	35
<i>Lucio Annibaldi, Luigi Annibaldi</i>		
<i>Lettere al Direttore</i>		
Caro Presidente	"	41
<i>Roberto Trunfio</i>		
Futuro Prossimo / Futuro Remoto <i>Eventi-Convegni-Congressi Pediatrici</i>	"	42

SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera

DOMANDA DI AMMISSIONE PER I NUOVI SOCI

Il sottoscritto, presa visione delle norme statutarie del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera che si impegna a rispettare e far rispettare, CHIEDE di essere ammesso quale socio ordinario. Pertanto si riportano i seguenti dati personali:

Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Domicilio via / piazza
CAP Città Prov. Regione
Sede di lavoro
Reparto
Dipartimento Direttore Dipartimento
Via / piazza
Telefoni: Casa Studio Fax
Osp. Cell. e-mail
Codice Fiscale
Laurea in Medicina e Chirurgia - Anno di Laurea Specializzazioni

Laurea in Scienze Infermieristiche (o Diploma) - Anno

Categoria: Ospedaliero Universitario Ospedalità Privata Altro

Qualifica Ospedaliera:

Dir. di U.O. Complessa Dir. di U.O. Semplice Altro

Qualifica Universitaria:

Prof. Ordinario Prof. Associato Ricercatore Altro

Con la presente autorizzo la Società Italiana di Pediatria al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196

Data Firma del richiedente

Compilare in stampatello e spedire insieme con la copia dell'avvenuto versamento (quota sociale di € 30,00) a:
Biomedica srl - Segreteria Amministrativa SIP: Via Libero Temolo 4, Torre U8, 20126 Milano
c/c postale: N. 67412643 intestato a: Società Italiana di Pediatria

Per informazioni: Biomedica srl - tel 02/45498282 - fax 02/45498199 - e-mail: segreteria@sip.it

EDITORIALE

Salvatore Vendemmia

*Primario Unità Operativa Complessa di Pediatria e Neonatologia,
Ospedale Real Casa Santa dell'Annunziata - S. Giuseppe Moscati, Aversa
Presidente Società Italiana di Pediatria Ospedaliera
SIPO-GSPO (Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera)*

E' ancora prematuro valutare quanto il nuovo Direttivo della Pediatria Ospedaliera ha fatto e sta facendo...

E' certamente motivo di conforto e soddisfazione pensare che, in pochi mesi, stiamo ricostruendo un'immagine che lentamente perdeva visibilità ed efficienza.

Mario Calvani, fondatore del "Gruppo di Pediatria Ospedaliera" riuscì, in pochi anni, ad imprimere allo stesso grande visibilità, evidenza ed efficienza ed a risvegliare in noi tutti quell'entusiasmo e quell'orgoglio di sentirsi ospedalieri.

I tempi sono poi mutati, le mode cambiate, gli orientamenti politici pure.

I pediatri ospedalieri hanno assistito alla notevole crescita del loro lavoro, ad una richiesta continua di doveri da soddisfare, ad una riduzione sempre più evidente dei diritti da vedersi riconosciuti.

E, naturalmente, la richiesta di maggiori carichi di lavoro, non ha avuto un congruo riconoscimento in termini economici e professionali...

Ci auguriamo che il nuovo Governo ed il prossimo Ministro della Salute rivalutino, attentamente, i diritti e i doveri dei pediatri che lavorano in ospedale.

Il Direttivo attuale si è proposto di stimolare i colleghi ad iscriversi alla nuova SIPO, società che dipende sempre dalla SIP, ma che si propone azioni ed interventi atti a risolvere le varie criticità della categoria.

Sono quasi ultimati gli organigrammi regionali, è in via di avanzata realizzazione il nuovo sito web (www.pediatriaospedaliera.org), stiamo lavorando allo statuto societario, ci prepariamo per il congresso SIP di Genova dove presenteremo l'immagine reale della nuova Società Italiana di Pediat

ria Ospedaliera. Stiamo realizzando corsi di aggiornamento, convegni e congressi nelle regioni italiane, abbiamo dato alla stampa due numeri della rivista, avviato interessanti campagne promozionali sulla salute materno infantile, sull'allattamento al seno, sull'impostazione corretta del modo di alimentarsi dei nostri figli, per educare i giovani alla promozione della salute con comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari.

Dal 27 al 29 novembre 2008 ci incontreremo in Aversa per il 15° Congresso Nazionale della Pediatria Ospedaliera.

Tutto il Direttivo si augura che la manifestazione, nella sua essenziale semplicità, economicità e funzionalità, potrà essere motivo di incontri e confronti, di idee e suggerimenti, di crescita culturale e sociale.

Non è facile proporre e disporre senza avere il valido sostegno di un "fondo" societario. Per adesso siamo un gruppo "povero" dal punto di vista finanziario, ma ricco di un patrimonio enorme di idee e buona volontà.

Desideriamo tanto la vostra collaborazione ed il vostro entusiasmo per credere nel futuro.

Siamo convinti che la pediatria italiana è la migliore del mondo e che le sue varie espressioni costituiscano un modello esemplare di arricchimento professionale e culturale.

E' solo importante capirsi, intendersi, dialogare, comunicare.

I nostri bambini sono sempre stati pazienti esemplari: attendono che il prossimo futuro possa loro erogare un servizio eccellente ed integrato, prestazioni professionali che siano la chiara espressione di una maturità professionale invidiabile dai sistemi sanitari di altri Stati.

PRESENTAZIONE

Claudio Fabris

Presidente Società Italiana di Neonatologia SIN

La presentazione di una nuova rivista è un rito dal quale non di rado dipende la fortuna della pubblicazione stessa. Rito difficile quindi per chi se ne assume l'onere. Per questo scelgo di proporre alcuni spunti sull'attendibilità delle motivazioni che hanno portato alla nascita della Rivista Italiana di Pediatria Ospedaliera. Perché una nuova rivista scientifica sulla Pediatria Ospedaliera? Nell'epoca di Internet c'è ancora spazio per le riviste medico-scientifiche? Esistono a mio avviso diverse motivazioni per le quali la rivista di una società medico-scientifica può trovare spazio: in primo luogo perché risponde a bisogni non soddisfatti dagli altri mezzi di comunicazione, in particolare di Internet. I Pediatri, infatti, hanno bisogno per la loro attività professionale di conoscere le tendenze della ricerca e della pratica clinica, di avere notizie riguardanti la vita professionale e la politica sanitaria. Inoltre, la rivista può migliorare il rapporto con i colleghi, con i ricercatori e con l'industria farmaceutica dove avviene una parte non secondaria della ricerca biomedica. Infine, la comunicazione tradizionale non può essere completamente sostituita dal WEB e molti colleghi hanno necessità di proporre i propri contributi originali in modo efficiente e divulgativo alla comunità scientifica nazionale in modo convenzionale.

La nuova rivista scientifica-professionale ha l'ambizione di costituire uno spazio culturale per riflettere, discutere e condividere il lavoro espletato quotidianamente dai pediatri italiani. Un luogo cioè per dare voce ad iniziative attuate, progetti, proposte, modelli di intervento prodotti a partire dall'esperienza sul campo, nelle strutture, nel territorio e negli interscambi con le altre professioni e gli altri campi del sapere: uno spazio innovativo per invogliare tutti i colleghi ad organizzare razionalmente le loro esperienze professionali e a condividerle e comunicarle in modo articolato e scientifico.

Questo nuovo progetto realizzato cade in un momento storico particolare in cui la Pediatria Ospedaliera si dichiara in crisi (di identità, di rapporti, di ruolo) ma, nel contempo, manifesta l'orgoglio delle sue radici e della sua storia (vedasi gli articoli apparsi nel primo numero della Rivista).

La crisi della Pediatria Ospedaliera fa parte di uno scenario più ampio di disagio economico, organizzativo ed è legato ad una medicina sempre più volta "a difendersi".

La Pediatria in Italia ha vissuto una rigida crescita, che ha comportato per molte Divisioni un difficile equilibrio tra la sudditanza nei confronti delle Pediatrie Ospedaliere ad alta complessità assistenziale e l'ardua integrazione con la Pediatria di Famiglia. Spesso non vi è stato uno sguardo attento e interessato oltre le mura ospedaliere. Eppure sono tanti gli esempi che vanno nella direzione giusta: reparti di pediatria aperti ai Pediatri di Famiglia, riunioni settimanali su casi clinici, aggiornamento efficace per problemi, lettere di dimissione davvero informative, riscontro da parte dell'utenza di una buona qualità assistenziale, ricoveri sempre più appropriati.

A conclusione di queste riflessioni mi sembra fondamentale invitare i redattori di questa nuova rivista ad una discussione allargata, che mi auguro approfondisca e anticipi le prospettive per la pediatria italiana. E' tempo ormai di guardare avanti, in una prospettiva necessariamente integrata, di programmazione e di risultati.

E' opportuno pensare ad un mondo sanitario orientato esclusivamente alla qualità. Essere pediatri, oggi, significa essere costantemente e coerentemente aggiornati con l'evoluzione della scienza e delle tecniche di prevenzione, cura e riabilitazione; tutto ciò per garantire al piccolo paziente prestazioni erogate da un professionista impegnato al mantenimento di un alto livello di competenza e ad assicurare la migliore assistenza, di provata efficacia e pertanto sicura e pertinente. Per il benessere del bambino è inoltre assolutamente necessario valorizzare l'umanizzazione, intesa come la capacità di rendere i luoghi di cura e le pratiche assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibili condivisi e partecipati.

Questo nuovo periodico, nato dal desiderio, dall'iniziativa, dalle capacità e competenze del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera della SIP, ha aperto una finestra sull'esperienza del servizio assistenziale pediatrico italiano e si propone di affrontare tali elementi con un approccio divulgativo, pur conservando sino in fondo un rigore di tipo scientifico nella gestione di tutte le problematiche pediatriche. Secondo l'editorial board nazionale e internazionale si trovano eccellenti specia-

listi che con la loro azione abituale cercano di migliorare quotidianamente l'assistenza al bambino. Non posso non sottolineare il ruolo essenziale di Salvatore Vendemmia come ideatore ed entusiasta motore di operatività per questa iniziativa e per la Pediatria Ospedaliera italiana.

Mi auguro che le opinioni, le osservazioni e i suggerimenti di quanti in futuro parteciperanno alla realizzazione della rivista, serviranno a far cre-

scere questa iniziativa editoriale e soprattutto a rivigorire la centralità dell'infanzia nei progetti della società civile a noi più vicina.

Colgo l'occasione per augurare buon lavoro a quanti hanno contribuito alla creazione di questa nuova rivista, sicuro di un suo significativo impatto e successo nella nostra comunità scientifica e soprattutto nell'assistenza ai bambini.

Notizie Flash

PREMIO "Bambini da amare, Bambini da salvare" in ricordo di Stefano Golisano

Bando di concorso per il Premio "Bambini da amare, Bambini da salvare" in ricordo di Stefano Golisano.
SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera.

E' stato istituito per iniziativa del SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera, un Premio nazionale frutto di donazione di EDITEAM Gruppo Editoriale, allo scopo di valorizzare l'impegno organizzativo della Pediatria Ospedaliera nella realizzazione di progetti mirati alla tutela della salute Materno-Infantile per la promozione di Diritti e Opportunità per l'Infanzia e l'Adolescenza, con il pieno coinvolgimento del Territorio.

Il Premio sarà denominato **"Bambini da amare, Bambini da salvare" in ricordo di Stefano Golisano.**

La Pediatria Ospedaliera rappresenta una risorsa importante per il Servizio Sanitario in quanto preposta alla gestione delle emergenze e delle patologie/complicanze acute. Ancora più rilevante è tuttavia il suo ruolo considerato nella stretta integrazione con l'assistenza sul territorio, all'insegna di quella continuità assistenziale che, se pure faticosamente, sta perdendo la sua connotazione astratta per diventare una realtà operativa diffusa. Proprio quale riconoscimento agli sforzi in questa direzione è stato istituito il Premio **"Bambini da amare, Bambini da salvare"**, che si propone non soltanto quale onorificenza, ma anche quale importante invito ai Pediatri Ospedalieri del settore pubblico e privato a proseguire nel loro gravoso impegno soprattutto per un'assistenza "globale" ai piccoli pazienti e alle loro famiglie, evitando inutili e controproducenti frammentazioni di un Progetto terapeutico e del follow-up post-dimissione.

Il miglior Progetto presentato sarà pubblicato sulla Rivista Italiana di Pediatria Ospedaliera e sarà oggetto di uno studio di fattibilità in una Regione pilota che sarà selezionata dalla Commissione.

Articolo 1

Il Premio, dell'ammontare di euro 1.500,00 verrà assegnato al Dipartimento/Reparto di Pediatria afferente ad Ospedale pubblico o privato, che abbia sviluppato un Progetto di promozione della salute e/o counselling in ambito pediatria sia generale che specialistica.

Articolo 2

I titolari del Progetto dovranno essere iscritti al SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera, e dovranno presentare, unitamente al Progetto, un curriculum vitae. Potranno partecipare anche i medici specializzandi dell'Osservatorio Nazionale Specializzandi in Pediatria.

Il materiale andrà inviato entro il **30 Settembre 2008** al Presidente del SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera, Prof. Salvatore Vendemmia, all'indirizzo e-mail: dotvendemmia@libero.it, oppure per posta ordinaria a: Prof. Salvatore Vendemmia, Via Nenni, 1 - 81031 Aversa (Na).

Articolo 3

Una commissione giudicatrice designerà il vincitore del Premio. La commissione giudicatrice sarà costituita dai seguenti membri:

- Presidente SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera
- Il Direttivo SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera
- Un Responsabile EDITEAM

Articolo 4

La consegna del Premio avverrà in occasione del **Congresso Nazionale SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera** che si terrà ad **Aversa dal 27 al 29 Novembre 2008.**

Articolo 5

L'importo destinato al Premio, pari a Euro 1.500,00, sarà frutto di donazione di EDITEAM Gruppo Editoriale.

IL RISCHIO TRASFUSIONALE IN NEONATOLOGIA ED IN PEDIATRIA

Luciano Pinto

Presidente della Regione Campania per la Pediatria Ospedaliera e la SIMEUP

La trasfusione di sangue, di emocomponenti e di emoderivati è una pratica terapeutica non esente da rischi.

L'Art. 11 del D.M. 3 marzo 2005 (1), inerente il Consenso informato, precisa che "il ricevente la trasfusione di sangue o di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati" è tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso, dopo essere stato "preventivamente informato che tali procedure possono non essere comunque esenti da rischio".

Il rischio derivante da una trasfusione viene generalmente percepito come rischio di contrarre malattie infettive. In realtà, l'incidenza di infezioni trasmesse con la trasfusione negli anni si è significativamente ridotta grazie ad una sempre maggiore attenzione rivolta alla selezione del donatore ed allo screening delle unità raccolte.

Minore considerazione è stata invece attribuita al processo trasfusionale vero e proprio che si svolge nei reparti di degenza e nelle sale operatorie, mentre oggi è noto che il maggior numero di errori e di eventi avversi si verifica nel reparto cli-

nico che richiede il supporto trasfusionale, sia nel momento in cui viene effettuato il prelievo dei campioni per la determinazione del gruppo sanguigno e per le prove di compatibilità per la richiesta di sangue, sia nella fase di identificazione del paziente e dell'unità da trasfondere al momento in cui deve essere effettuata la trasfusione.

Dai dati del Rapporto Annuale 2006 del sistema di emovigilanza inglese SHOT (Serious Hazards of Transfusion) (2), pubblicato il 20-11-2007, risulta che nel periodo 1996-2006, l'incidenza degli IBCT, errori che hanno portato alla trasfusione di unità di emocomponenti errati al paziente è stata pari al 72,1% (2.717 su 3.770) (Tab. 1).

Nel 2006, su di un totale di 3.002.797 unità di emocomponenti erogati dai Servizi Trasfusionali del Regno Unito, l'incidenza degli IBCT è stata del 75% (400/531).

Se a questi dati si aggiungono gli eventi "near miss" (cioè riconosciuti prima della trasfusione), il fenomeno assume una rilevanza ancora maggiore: su 2.702 eventi "near miss", registrati dallo SHOT nel 2006, circa 2.000 erano da attribuire ad errori nelle procedure trasfusionali dei reparti.

Tabella 1
SHOT: DATI CUMULATIVI 1996-2006

	N°	%
IBCT: incorrect blood component transfused (episodi acuti, in genere emolitici, da scambio di malato o da trasfusione di prodotto non appropriato)	2.717	72,1
ATR: acute transfusion reactions (febbre ed altri sintomi/segni di emolisi entro 24 ore dalla trasfusione, confermata dalla caduta dell'Hb, aumento di LDH, positività del Test di Coombs)	420	11,1
DTR: delayed transfusion reactions (febbre ed altri sintomi/segni di emolisi 24 ore dopo la trasfusione, confermata da uno o più dati: caduta o mancato incremento dell'Hb, aumento della bilirubina, positività del Test di Coombs)	318	8,4
TRALI: transfusion related acute lung injury (dispnea acuta con ipossia ed infiltrati polmonari bilaterali, manifestatasi durante la trasfusione o nelle 6 h successive, non dovuta a sovraccarico circolatorio o ad altra causa apparente)	195	5,2
TTI: transfusion transmitted infections (infezioni virali, batteriche o fungine, da trasfusione)	54	1,4
PTP: Post-Transfusion Purpura (piastrinopenia che si verifica 5-12 gg dopo la trasfusione di eritrociti associata alla presenza nel paziente di anticorpi diretti contro il sistema HPA (Human Platelet Antigen))	46	1,2
GVDH: graft versus host disease (reazione del trapianto contro l'ospite)	13	0,3
NON classificate	7	0,2

L'emovigilanza del rischio trasfusionale

La diversa percezione del rischio trasfusionale ha promosso negli ultimi anni la diffusione di misure intese ad incrementare la sicurezza della trasfusione attraverso l'emovigilanza, definita dal D.M. 19/8/2005, n. 191, come "insieme delle procedure di sorveglianza organizzate relative agli incidenti o alle reazioni indesiderate gravi o inaspettate dei donatori o dei riceventi, nonché al controllo epidemiologico dei donatori", dalla raccolta del sangue e dei suoi componenti fino al follow-up dei riceventi.

In Europa, i primi sistemi di emovigilanza sono stati attivati in Francia dal 1994 e nel Regno Unito dal 1996. Il primo (a cura dell'Afssaps, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) è un sistema obbligatorio che riguarda la notifica degli eventi avversi di tutte le entità e, solo su base volontaria, la segnalazione dei *near miss error*, cioè degli errori riconosciuti prima della trasfusione. Il secondo (SHOT) è su base volontaria e raccoglie le reazioni avverse gravi, gli errori trasfusionali ed anche i *near miss error*.

Con l'entrata in vigore della Direttiva 2002/98/EC, l'introduzione di sistemi di emovigilanza è diventata una priorità per tutti i Paesi della Comunità europea.

In Italia, mentre da diversi anni viene esercitata la sorveglianza epidemiologica dei donatori per HIV, HBV, HCV e *Treponema pallidum*, la sorveglianza degli eventi avversi nei riceventi è stata attivata alla fine del 2004 e vede come elemento centrale l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che raccoglie gli eventi avversi trasfusionali e i *near miss* segnalati dalle strutture del SSN, e come punti di coordinamento i Centri regionali di riferimento.

L'ISS si è attivato per garantire l'omogeneità della raccolta dei dati mediante l'uso di moduli comuni e con il software PETRA (Programma su Errori Trasfusionali e Reazioni Avverse) che è stato distribuito a tutte le Strutture Trasfusionali.

La partecipazione al sistema di emovigilanza, che inizialmente era solo raccomandata, è diventata obbligatoria in seguito al recepimento nel 2005 della Direttiva 2002/98/EC del Parlamento europeo e del Consiglio (Art. 13 del D.M. 19/8/2005 n. 191) (3) *"Qualunque incidente grave, sia esso dovuto ad evento accidentale o ad errore, connesso alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione, alla distribuzione e all'assegnazione del sangue o di emocomponenti, che può influire sulla loro qualità e sicurezza, nonché qualunque reazione indesiderata grave osservata durante o dopo la trasfusione che possa avere attinenza con la qualità e sicurezza del sangue e dei suoi componenti, o con errore umano, è notificato alla Regione o alla provincia autonoma interessata che a sua volta lo notifica all'Istituto superiore di sanità"*.

Recentemente è stato pubblicato il primo Rap-

porto dell'ISS relativo alle reazioni trasfusionali segnalate nel periodo 2004-2005 (4). Su 986 schede raccolte 932 sono state ritenute valutabili: 871 si riferivano a reazioni avverse, 63 a *near miss error*. Fra queste sono pervenute:

- 16 segnalazioni di errori relativi a trasfusioni effettuate al paziente sbagliato: ABO incompatibili nel 56% dei casi, Rh incompatibili nel 6% e non specificati nel 38%. I casi segnalati riferivano errori di identificazione del paziente e/o della provetta campione;
- 47 segnalazioni di *near miss error*: 6 schede non riportavano il tipo di errore evidenziato, mentre il 75% delle altre schede si riferiva ad errori avvenuti nei Reparti di degenza al momento del prelievo, o della compilazione dei dati identificativi della provetta o della richiesta.

Il Rischio trasfusionale in età pediatrica e neonatale

Informazioni sulla entità del rischio derivante da errori trasfusionali (IBCT) in età pediatrica sono contenute nei rapporti dello SHOT.

Delle 400 segnalazioni di IBCT registrate nel 2006, 47 (12%) si riferivano a pazienti di età < 18 anni, di cui 31 (8% del numero totale di IBCT riportati, o 66% dei casi in pazienti di età < 18 anni) avevano un'età ≤ 12 mesi.

Nel periodo 1996-2005, in cui le Strutture Trasfusionali del Regno Unito hanno erogato 30 milioni di emocomponenti, gli IBCT sono stati pari al 71,5% dei 3.239 incidenti riportati, ma mentre negli adulti l'incidenza è stata del 61%, nei bambini di età < 12 mesi è stata più elevata, 84%.

Nella tabella 2 viene mostrata la distribuzione dei tipi di eventi riportati allo SHOT per pazienti di età pediatrica, comparati a quelli verificatisi nell'adulto. Nel periodo 1996-2005 le unità di eritrociti distribuite a pazienti di età < 18 anni è stata pari al 4,2% del totale, mentre le segnalazioni allo SHOT sono state del 10% (321/3.239); nei bambini di età da 0-12 mesi, che hanno utilizzato l'1,7% delle unità erogate, l'incidenza delle segnalazioni è stata del 4,5% (147/3.239).

In età pediatrica, ed in particolare nel neonato, i rischi derivanti dalle emotrasfusioni sono maggiori rispetto a quelli dell'adulto (5).

- I neonati, in particolare i pretermine, sono vulnerabili ai potenziali effetti tossici ed infettivi delle trasfusioni, a causa della immaturità dei loro processi immunitari e metabolici, ed al rapido sviluppo del sistema nervoso.
- Gli effetti acuti delle trasfusioni possono essere di maggiore entità nel bambino rispetto all'adulto dal momento che la trasfusione di una sola unità potenzialmente pericolosa può rappresen-

Tabella 2
INCIDENTI TRASFUSIONALI RIPORTATI DALLO SHOT NEL PERIODO 1996-2005

	Bambini	Adulti
Incorrect blood component transfused (IBCT)*	84%	61%
Acute transfusion reaction (ATR)	9%	8%
Delayed transfusion reaction (DTR)	0,4%	10%
Transfusion related acute lung injury (TRALI)	6%	6%
Transfusion associated graft versus host disease (TA-GVHD)	0,8%	0,4%
Transfusion transmitted infection (TTI)	0,8%	1,7%

* include 9 reazioni emolitiche trasfusionali acute da incompatibilità ABO e 6 casi di trasfusione di emazie Rh D+ a femmine Rh D-.

tare in percentuale una quota del volume ematico ben superiore a quello di un adulto.

- Altrettanto importanti possono essere le considerazioni sugli effetti a lungo termine dal momento che è possibile prevedere per un bambino una sopravvivenza certamente superiore a quella di un adulto.
- Nella pediatria generale la trasfusione di sangue e di emocomponenti è meno comune, e ciò può causare una minore conoscenza dei rischi derivanti dalla emotrasfusione.

Fra gli errori che si osservano più frequentemente nelle trasfusioni in età pediatrica, è da segnalare il mancato rispetto delle particolari necessità di un neonato, derivante da una insufficiente conoscenza delle linee guida, o da un difetto di comunicazione fra gli operatori sanitari: ad esempio, la mancata osservanza delle raccomandazioni per la trasfusione di sangue in età neonatale (6), che prevedono che tutti gli emocomponenti cellulari utilizzati in epoca neonatale, tranne i granulociti, debbano essere leucodepleti, e che, per prevenire la GvHD, è necessario irradiare GR e PLT quando devono essere trasfusi a neonati con peso alla nascita < 1.500 g e/o EG < 30 settimane, a neonati con immunodeficienza congenita o acquisita, ai riceventi di trapianto di midollo osseo o di cellule staminali periferiche, oltre che nella donazione da parente di I e II grado, o HLA simile.

Misure da adottare per ridurre il rischio derivante da errore trasfusionale

Dall'analisi dei dati raccolti dai sistemi di emovigilanza nei diversi Paesi emerge che il 70% delle reazioni avverse sono dovute ad errori trasfusionali. Questa tipologia di incidente, che può determinare l'insorgenza del danno più grave legato alla trasfusione, la reazione emolitica acuta da incompatibilità ABO, potenzialmente fatale (10% di decessi), è causata dall'assenza o dalla mancata applicazione di procedure mirate ad impedire il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la de-

terminazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti.

L'ultimo rapporto dell' Afssap, relativo ai dati raccolti nel 2003 (7), include su 2.588.000 unità di emocomponenti evase 21 incidenti trasfusionali da incompatibilità immunologica immediata ABO, con 2 decessi: nel 98% dei casi l'errore si è verificato presso i reparti clinici, mentre solo nel 2% era implicato il Centro trasfusionale.

Il sistema di emovigilanza del Quebec (8) ha registrato nel triennio 2001-2003, su un totale di 887.000 unità di emocomponenti utilizzati, 25 casi di incompatibilità ABO (1/35.000 unità), ma nessuno dei 10 decessi correlati alla trasfusione era dovuto a questo tipo di incompatibilità.

E' quindi necessario che, in attesa dell'adozione da parte delle Aziende Sanitarie di nuove tecnologie informatiche in grado di incrementare la sicurezza della trasfusione (sistemi "bar-code" basati sull'utilizzo di braccialetti identificativi, moduli di richiesta, provette ed etichette dotati di un codice identificativo univoco per ogni paziente, microchip, emoteche intelligenti, ecc.) (9), le U.O. di Neonatologia e di Pediatria seguano scrupolosamente le misure previste dalla vigente normativa (1, 10) per prevenire gli errori trasfusionali.

1) Prelievo di campioni di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno

Per evitare che il campione venga prelevato alla persona sbagliata o che si verifichi un'errata identificazione del campione, l'operatore che effettua il prelievo deve:

- riportare in modo chiaro e completo sulle provette contenenti i campioni di sangue: reparto d'appartenenza, nome, cognome e data di nascita del paziente, data del prelievo;
- apporre la propria firma sulla provetta, preferibilmente al letto del paziente.

2) Richiesta di emocomponenti

Il modulo della richiesta, su cui deve essere apposta la firma da parte del medico richiedente, deve riportare in modo chiaro e leggibile almeno le seguenti informazioni:

- reparto, nome, cognome e data di nascita del paziente;
- emocomponente/i richiesto/i ed eventuali trattamenti;
- diagnosi e motivazione della richiesta;

- data della richiesta.
- 3) **Nei reparti, in sala operatoria e in terapia intensiva**
Per evitare che il sangue sia trasfuso alla persona sbagliata o che sia trasfuso sangue non compatibile con quello del paziente da trasfondere, due operatori devono verificare che:
 - il nome ed il cognome del paziente riportati sull'unità di emocomponente corrispondano all'identità del paziente da trasfondere, come da cartella clinica, consenso informato e richiesta;
 - il gruppo sanguigno del ricevente, come riportato nella documentazione rilasciata dalla ST, corrisponda al gruppo sanguigno indicato sull'etichetta dell'emocomponente da trasfondere.
- 4) **Ai fini della tracciabilità della trasfusione**
L'operatore che esegue la trasfusione deve:
 - registrare nella cartella clinica l'avvenuta trasfusione con l'indicazione della presenza o dell'assenza di reazioni avverse, apponendo la propria firma;
 - notificare l'avvenuta trasfusione alla ST, attraverso la specifica modulistica;
 - segnalare alla ST ogni eventuale evento avverso.

Conclusioni

Il rischio clinico, cioè la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, che subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo della degenza, che causa un prolungamento del tempo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (11) può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello della singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale (12).

Il rischio trasfusionale, come abbiamo visto, oggi è prevalentemente legato agli errori trasfusionali, che sono il risultato finale di uno più errori o difetti nel processo trasfusionale, il quale inizia con la decisione di trasfondere il paziente e si conclude con la trasfusione degli emocomponenti.

Per ridurre tali errori, è necessario promuovere nel personale sanitario la cultura della prevenzione dell'errore nella terapia trasfusionale e della segnalazione degli eventi "near misses", di quegli incidenti cioè che non sono avvenuti solo perché un operatore, un controllo hanno impedito che accadesero (13).

Il Ministero della Sanità ha collocato la "Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO" fra gli *eventi sentinella* che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario, e per i quali deve essere attuato un monitoraggio.

Gli *eventi sentinella* rappresentano "eventi av-

versi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o ridicibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Il 1° Rapporto degli eventi sentinella segnalati nel periodo settembre 2005 - febbraio 2007 (14), colloca la reazione trasfusionale da incompatibilità ABO al 5° posto fra i 10 eventi sentinella da monitorare, con una frequenza riscontrata del 7%.

Considerando che l'età neonatale è l'età pediatrica in cui viene attuato il maggior numero di trasfusioni, sembra opportuna un'azione delle Società Scientifiche pediatriche (SIN, SIMEUP, SIN, SIPO, AIEOP), in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, per promuovere una formazione che consenta agli operatori delle Strutture pediatriche e neonatologiche di acquisire la consapevolezza del problema del rischio trasfusionale, e favorire la cultura della sicurezza che considera l'errore come fonte di apprendimento.

Bibliografia

1. Ministero della Salute: D.M. 03.03.2005 "Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti". G.U. 85, 13 Aprile 2005.
2. www.shotuk.org/SHOT_report_2006.pdf National Blood Service Hospitals - SHOT Serious Hazards Of Transfusion Report, 2006.
3. D.L. 19 agosto 2005, n. 191, "Attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti". G.U. 221, 22 Settembre 2005.
4. Giampaolo A, Piccinini V, Catalano L, Abbonizio F, Vulcano F, Hamisa Hassan HJ. "Primo Programma di emovigilanza sulle reazioni avverse e gli errori trasfusionali in Italia: dati 2004-2005". Rapporti ISTISAN 07/22, 2007; 39.
5. New HV. Paediatric transfusion Vox Sanguinis, 2006; 90: 1-9.
6. Società Italiana di Neonatologia e Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale - Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia. Raccomandazioni per la terapia trasfusionale in Neonatologia www.neonatalogia.it/atom/Atom/allegato/103.pdf
7. AFSSAPS - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Rapport annuel hemovigilance 2003. Donnée Nationales. Paris, 2004.
8. Comité d'Hémovigilance du Québec. Rapport 2001-2003. Québec, 2005.
9. Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Dossier 122-2006 Bologna, 2006.
10. Ministero della Salute. "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO". Raccomandazione n° 5, 2007.
11. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system 1999, National Academy Press; Washington DC.
12. Ministero della Salute. Risk management in Sanità: il problema degli errori, Marzo 2004.
13. Nashef S. What is a near miss? Lancet, 2003; 361: 180-181.
14. Ministero della salute. Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 1° Rapporto (Settembre 2005 - Febbraio 2007). Aprile 2007.

LA COSTITUZIONE DI UN NETWORK PEDIATRICO NAZIONALE

Luciana Parola, Maria Teresa Ortisi*, Silvano Santucci, Roberto Bellù**,
Rinaldo Zanini**^, Riccardo Longhi*

*U.O. di Pediatria - Ospedale Sant'Anna, Como

**U.O. di Patologia Neonatale - Ospedale A. Manzoni, Lecco

^Segretario GSAQ - °Segretario GQCN

Premessa

Qualsiasi progetto finalizzato al miglioramento della qualità deve prevedere gli strumenti per il monitoraggio dei risultati. La verifica e la revisione della propria attività è infatti uno dei fondamenti su cui si basa il miglioramento continuo. Le valutazioni tra pari e le autovalutazioni condotte in Unità Operative di Pediatria della regione Lombardia dal Gruppo di Studio per l'Accreditamento e miglioramento continuo della Qualità (GSAQ) della SIP (Società Italiana di Pediatria) hanno dimostrato come, in realtà, questo criterio di qualità sia poco rappresentato, in parte per motivi culturali, in parte per motivi strutturali, per la mancanza cioè di strumenti di raccolta dei dati con cui e su cui confrontarsi. Mentre si diffondono studi multicentrici e aumentano esponenzialmente le possibilità di comunicazione (e le richieste di informazioni da parte dell'utenza), la maggior parte delle Unità Operative non riflette sulla propria attività e si trova quindi impreparata a rispondere a una serie di domande:

- quali risultati ottengo, in termini di salute, con i percorsi clinici che adotto?
- quali sono le necessità delle popolazioni cui sono di riferimento?
- rispondo, con le mie attività, a queste esigenze?
- sono in linea con quanto si verifica in Unità Operative a me analoghe?
- quali correttivi posso adottare per migliorare le mie prestazioni?

Altrettanto importante è una rilevazione di dati che riguardi non solo l'ambito ospedaliero, ma i rapporti con il territorio che permetta di conoscere le capacità di risposta ai bisogni dell'utenza pediatrica integrando gli interventi e possibilmente non moltiplicandoli.

E' doveroso, quindi, uno sforzo per raccogliere e confrontare i dati.

In ambito internazionale, d'altra parte, sono presenti esperienze di raccolta dati a rete sia in ambito neonatologico che pediatrico.

Il **Vermont Oxford Network** è il più importante *data base* internazionale di neonati di peso mol-

to basso. Aderendo all'iniziativa del Vermont Data Base, è attivo in Italia, dal 2005, un sistema di raccolta dati sulle Terapie Intensive Neonatali che ormai è diffuso a livello nazionale. La partecipazione al network permette di avere report personalizzati per la realtà italiana, oltre alla normale reportistica con il confronto internazionale; permette inoltre di gestire autonomamente i dati provenienti dai Centri italiani e quindi di effettuare analisi e report ancora più approfonditi e di partecipare a specifici studi clinici.

(Vedere il sito www.vtoxford.org).

L'iniziativa, gestita con il patrocinio dal Gruppo di Studio per la Qualità delle Cure (QCN) della SIN, è rivolta a tutti i Centri di Terapia Intensiva Neonatale che vogliono partecipare a programmi di miglioramento della qualità delle cure per i neonati di peso molto basso.

In ambito pediatrico, i primi a costituire una Unità di sorveglianza Nazionale per le malattie in età pediatrica sono stati gli inglesi che, nel 1986, hanno proposto un metodo per la sorveglianza attiva, con report mensili compilati da pediatri, relativi a malattie rare nei bambini e fondato l'Unità di Sorveglianza Nazionale Inglese: British Paediatric Surveillance Unit (BPSU). Negli anni successivi, sistemi simili sono sorti in diversi Stati finché, nel 1998, in occasione del Congresso Internazionale di Pediatria di Amsterdam, è stata proposta la costituzione di una Unità internazionale: **International Network of Paediatric Surveillance Units - INoPSU (www.inopsu.com)** con lo scopo di coordinare i diversi sistemi nazionali, per un potenziamento delle possibilità di monitoraggio di determinati aspetti della qualità dell'assistenza pediatrica.

Progetto Network Pediatrico

Per network si intende una libera e volontaria associazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento delle prestazioni sanitarie e della loro appropriatezza, per la cura di una determinata cate-

goria di pazienti e delle loro famiglie, attraverso un programma coordinato di ricerca, formazione e miglioramento della qualità.

Scopi principali di un network pediatrico sono:

- migliorare la collaborazione e comunicazione tra professionisti e favorire la ricerca pediatrica;
- raccogliere dati standardizzati circa l'epidemiologia di malattie rare o emergenti;
- fornire informazioni ai pediatri per la diagnosi precoce e il trattamento appropriato di malattie rare;
- uniformare i criteri diagnostici;
- costruire coorti per ricerche future;
- disseminare informazioni su malattie rare ai membri, a gruppi di supporto ai genitori e alle autorità che siano di aiuto alla pratica clinica, allo sviluppo di politiche sanitarie, a iniziative di educazione sanitaria;
- diffondere informazioni sul processo di sorveglianza e facilitare lo sviluppo di studi sulla base di uniformi criteri diagnostici e protocolli condivisi di comportamento.

A supporto di queste attività, il network deve gestire un *data base* con gli elementi specifici (outcomes clinici, indicatori di processo, ecc.) inerenti al problema che è oggetto del network stesso; *data base* dove sono contenute le informazioni che consentono l'analisi sui punti di forza e sui punti di debolezza del sistema monitorizzato.

All'interno del network, dovrebbero essere designati dei *trials* finalizzati all'identificazione e alla valutazione degli elementi di variabilità del processo assistenziale e di *outcome* clinico tra le unità operative collegate alla rete.

Gli studi dovrebbero essere designati in modo molto pragmatico, per consentire un impatto ridotto sulla attività clinica quotidiana e con l'obiettivo di rispondere a quesiti di una certa rilevanza pratica.

La restituzione dei dati elaborati è di grande importanza per il corretto funzionamento di una rete di lavoro: garantisce un chiaro riconoscimento del contributo di chi fornisce i dati e consente il continuo monitoraggio dei propri risultati clinici o delle proprie procedure.

In questo modo, potrebbe innescarsi un meccanismo virtuoso di condivisione tra le U.O. (o i singoli professionisti), basato sulla migliore qualità offerta e sulla appropriatezza degli interventi assistenziali e non sulla competizione che potrebbe generare comportamenti non finalizzati all'interesse dagli utenti.

L'esperienza del GSAQ

Il Gruppo di Studio per la Qualità e l'Accreditamento (GSAQ) della SIP, facendo tesoro della esperienza italiana in ambito neonatale e internazionale in campo pediatrico, ha iniziato uno studio di fattibilità per lo sviluppo di una rete tra i reparti pediatrici. Sono state individuate 5 patologie (Meningite > 1 mese di vita, Chetoacidosi diabetica/Diabete all'esordio, Leucemia, Porpora Trombocitopenica Idiopatica [PTI], Asma acuto \geq 5 anni di età) e sono state elaborate altrettante schede di raccolta dati per i pazienti ricoverati, dopo aver valutato i percorsi assistenziali *standard* sulla base della letteratura disponibile. È stato utilizzato il *TELEform* che consente la lettura ottica delle schede e l'ordinazione dei dati per una rapida valutazione con pacchetti statistici (SPSS). Sono state coinvolte 19 Unità Operative di Pediatria (di soci GSAQ che hanno dato la loro disponibilità, prevalentemente in Lombardia, ma anche in Liguria ed Emilia Romagna) ed è stata iniziata la raccolta dati dall'1/1/06. A fine dicembre 2006 è stata eseguita l'analisi sulle schede pervenute al Centro di riferimento (Ospedale di Lecco - sede del *TELEform*).

Hanno partecipato **19** reparti (uno di questi solo per i primi 6 mesi del 2006): (Brescia, Como *Sant'Anna e Valduce*, Desio, Lavagna, Legnano, Magenta, Melegnano, Merate, Milano *San Carlo e Sacco*, Piacenza, Pietra Ligure, Saronno, Sondrio, Treviglio, Voghera, Vigevano, Vimercate) raccolta dati dall'**1/1/06** al **31/12/06**.

Come esempio presentiamo alcuni risultati relativi all'anno 2006:

Tabella 1
CASISTICA ANNO 2006

	Totale	♀	♂
Meningite (> 1 mese di vita)	21	11	10
PTI	22	10	12
Chetoacidosi diabetica	28	13	15
Leucemia	18	5	13
Asma (\geq 5 anni)	91	36	55

Tabella 2
MODALITÀ DI INVIO ANNO 2006

	Accesso spontaneo	Inviati dal curante	Dato non pervenuto
	(109 su 179: 61% sul totale)		
LEUCEMIA	37%	60%	3%
ASMA	79%	10%	11%
MENINGITE	38%	29%	33%
PTI	62%	29%	9%
DIABETE	38%	45%	17%

Inutile sottolineare l'abuso del Pronto Soccorso: il curante viene spesso bypassato.

Tabella 3
ESITO E FOLLOW-UP ANNO 2006

LEUCEMIA	95% trasferiti (18 su 19, l'unico caso non trasferito è di Brescia)
ASMA	<i>nessun trasferito</i> 56% <i>proprio Ambulatorio</i> , 16% <i>al curante</i> , 22% <i>entrambi</i>
MENINGITE	14% trasferiti (2 in rianimazione, 1 in altro Centro) 43% <i>proprio Ambulatorio</i> , 33% <i>al curante</i>
PTI	9% trasferiti (2) 64% <i>proprio Ambulatorio</i> , 23% <i>al curante</i>
DIABETE	1 trasferito: 2 aa e 10 mesi (123 Na 123, glicemia 746) 86% <i>proprio Ambulatorio</i> , 7% <i>curante e proprio Ambulatorio</i>

Colpisce la frequenza del rimando presso il proprio Ambulatorio. E' stata modificata la domanda finale delle schede, per consentire una migliore di-

scriminazione tra chi viene visto una volta dopo la dimissione e chi viene davvero seguito presso l'ambulatorio specialistico dell'Unità Operativa.

Tabella 4
SCHEDE ASMA ANNO 2006

Non ricoveri per asma nell'ultimo anno	83%	
Allergia nota	66%	
Asma noto	62%	Asma noto e NON terapia all'ingresso 33%
Profilassi antiasmatica all'ingresso	22%	Steroidi inalatori 18%, Beta ₂ l.a. 9,5%, montelukast 7%
Terapia antiasmatica all'ingresso	38%	Steroidi 24%, Beta ₂ 36%
Misurazione Sat. O ₂ all'ingresso	86%	Valore di Sat. O ₂ media 93%*
Tachipnea all'ingresso	63%	19% NON SO 17% NO
Tachicardia all'ingresso	59%	9% NON SO 32% NO
Beta ₂ con puff + distanziatore	29%	
Beta ₂ con aerosol	82%	
Steroidi sistemici entro 1 ora dall'ingresso	69%	
Somministrato O ₂ all'ingresso	49%	SEGUE ➔

Misurata PEF all'ingresso	1%	54% NO	45% NON SO
PEF seriate durante il ricovero	7%	93% NO	
Steroidi inalatori alla dimissione	78%		
Beta ₂ stimolanti alla dimissione	93%		
Profilassi antiasmatica alla dimissione	60%		
Informazioni scritte per l'autovalutazione dell'asma	61%		
Giorni di degenza	5	<i>Range 1-14</i>	

*Sat. O₂ tra 82-89%: **15,5%** - " 90-94%: **54,5%** - " 95-100%: **30%**.

Colpisce l'alta percentuale di pazienti con asma noto e non in terapia all'ingresso (33%), il fatto che solo il 69% dei pazienti viene trattato con steroidi-

de entro un'ora dall'ingresso e il fatto che solo il 61% dei pazienti riceve informazioni scritte per l'autovalutazione dell'asma alla dimissione.

Tabella 4
SCHEDE DIABETE ANNO 2006

Durata sintomi pre-ricovero (giorni)	22,5	1-90
Calo ponderale	69%	
Shock e Coma	nessuno	
Disidratazione < 5%	48%	
Disidratazione 5-10%	34,5%	
Disidratazione > 10%	10%	
Iperventilazione	10%	
Glicemia all'ingresso	477,5	191-780
Na all'ingresso	131,6	123-141
pH all'ingresso	7,25	34% < 7,20; 38% < 7,35
Somministrazione di bicarbonati	7%	
Idratazione		44% > 24 ore di idratazione
Insulina	41%	inizio immediato. Togliendo i casi NON in acidosi (> 7,35 pH) resta un 17% di inizio immediato
	34,5%	s.c. all'esordio
Complicanze: ipopotassiemia		2 casi
Giorni di degenza	11	<i>Range 7-22</i>

Si sottolinea la durata della sintomatologia prima del ricovero. E' elevato il dato di inizio immediato con insulina, che non sembra correlato alla glicemia e al pH all'ingresso; non sembra correlato neanche a una dimissione più o meno precoce.

Sulla base di questi risultati si è cominciato a ragionare in termini di miglioramento delle *performances* nelle singole U.O. e si è svolto un dibattito più ampio sulle aree di maggior criticità rilevate, innestando, così, un ciclo virtuoso di miglioramento che parte da problemi assistenziali reali.

Evolutione Futura

Perché il progetto possa davvero acquisire importanza "rappresentativa" di tutta la realtà pediatrica italiana e possa incidere sull'appropriatezza di scelte non soltanto cliniche, ma anche programmatiche e organizzative, riteniamo indispensabile la sua diffusione al maggior numero di reparti pediatrici, con un numero minimo di 40 Unità Operative diffuse sul territorio nazionale. Tale numerosità costituisce il valore minimo per cercare di

essere ammessi all'INoPSU che darebbe alla nostra Società scientifica uno strumento di rappresentatività e di benchmarking di grande spessore.

Dal progetto pilota, si dovrebbe passare a una sperimentazione su larga scala, possibile solo con l'avvallo della Società Scientifica e con risorse dedicate.

L'INoPSU prevede la presenza di un Comitato esecutivo Nazionale che si propone abbia 7 membri di cui 4 nominati dal Direttivo SIP e 3 dal GSAQ, in tal modo si verrebbero a creare le condizioni di una stretta cooperazione con la Commissione assistenza della SIP e con il Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera (GSPO).

La costituzione di una Unità di Sorveglianza Nazionale consentirà il confronto con le realtà internazionali già attive in questo ambito (INoPSU) e consentirà di monitorare gli esiti del programma di rinnovo sopra enunciato.

I risultati ottenuti (2008-2009) consentiranno il confronto con le realtà internazionali che già sono attive in questo ambito e che, per prendere in considerazione il contributo italiano, hanno sottolineato quali requisiti esso debba possedere.

Requisiti per diventare membri di INoPSU

Il requisito fondamentale è che esista un'Unità di Sorveglianza Nazionale Italiana.

Principi generali:

- 1) E' essenziale che partecipino pediatri rappresentativi di un'area (meglio se nazione ma forse anche regione), che ci sia una lista dei partecipanti e che le schede vengano distribuite in modo efficiente, che le condizioni da segnalare non siano troppe e siano interessanti per i partecipanti, che ci sia un regolare ritorno di informazioni.
- 2) E' necessario un coordinamento centrale. In Inghilterra c'è un coordinatore scientifico a tempo pieno e un ricercatore. I compiti sono di mantenere aggiornato il registro dei partecipanti, inviare le schede mensili da compilare ai pediatri partecipanti, informare i Centri di coordinamento per i singoli studi sulla segnalazione dei casi di loro pertinenza, monitorare il ritorno delle risposte, inviare un report mensile sullo stato dello studio.
- 3) Ci deve essere un Comitato esecutivo che sia in grado di monitorare le attività in corso e valutare le richieste di nuovi studi. In Inghilterra

comprende un coordinatore scientifico e rappresentanti della Società Scientifica e della Sanità pubblica. Pediatri, epidemiologi e specialisti vengono cooptati per temi specifici.

- 4) Sono necessari dei fondi. Non è indispensabile uno staff a tempo pieno, tuttavia sono da prevedere spese per personale di segreteria, computer, software, eventuali spese postali.

Conclusioni

I dati preliminari suggeriscono che il sistema utilizzato appare uno strumento idoneo per:

- confronto delle procedure e performance nelle U.O. partecipanti;
- guida per un processo di miglioramento delle U.O. stesse;
- a livello centrale permette di avere "il polso della situazione" circa la variabilità dei processi assistenziali nelle diverse realtà.

Appare evidente già dai primi dati che c'è un ritardo nella diagnosi di diabete e che, pur trattandosi di ospedali con tipologie di pazienti simili, ci sono diversità nel trattamento della prima fase della chetoacidosi e nei protocolli di somministrazione dell'insulina; per quanto riguarda l'asma c'è probabilmente una quota di ricoveri inappropriati, sono molti i bambini che non sono in trattamento, pur essendo nota la patologia e solo nel 60% dei casi vengono fornite informazioni sull'autovalutazione dell'asma a domicilio.

Si evidenzia, quindi, da questi primi dati, non solo che è necessario uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici ospedalieri, ma anche la necessità di migliorare l'integrazione ospedale-territorio mediante percorsi condivisi che consentano di evitare l'eccessivo ricorso all'ospedale, tipico della pediatria italiana, assicurando ai pazienti una rete assistenziale integrata, con la presa in carico del paziente stesso al livello adeguato di complessità assistenziale.

I dati possono inoltre dare spunti utili per programmare la formazione pre e post-laurea del personale assistenziale: il ritardo nella diagnosi di diabete all'esordio sembra indicare, ad esempio, un fabbisogno formativo in tal senso.

Per tutti questi motivi appare necessario ampliare la rete a livello nazionale, cosa che permetterà in un prossimo futuro, di aderire al network internazionale.

Cogliamo l'occasione per invitare chi sia interessato a partecipare o ad avere ulteriori informazioni a contattarci al seguente indirizzo di posta elettronica: r.zanini@ospedale.lecco.it

Bibliografia

Edge JA, Jakes RW, Roy Y, Hawkins M, Winter D, Ford-Adams ME, Murphy NP, Bergomi A, Widmer B, Dunger DB. "The UK case-control study of cerebral oedema complication diabetic ketoacidosis in children". *Diabetologia*, 2006; 49: 2002-09.

Grenier D et al. "Beyond counting cases: public health impacts of National Paediatric Surveillance Units". *Arch. Dis. Child.* 2006-2007; 92: 527-533.

Gruppo di Studio per l'Accreditamento e Miglioramento Continuo della Qualità della Società Italiana di Pediatria. "Manuale di Accreditamento Volontario della Funzione Pediatria Ospedaliera". Centro Scientifico Editore, Torino, 2002.

INoPSU. "First Progress Report". 1999-2002. www.inopsu.com

Lynn RM, Pebody R, Knowles R. "Twenty years of active paediatric surveillance in the the UK and Republic of Ireland. *Euro. Surveill.* 2006 Jul 20; 11 (7): E060720.4.

Longhi R, Ortisi MT, Gruppo di Studio per l'Accreditamento della Società Italiana di Pediatria, Sezione Lombarda. "Accreditamento Professionale per l'eccellenza in alcune Unità Operative di Pediatria lombarda". *QA*, 2000; 11: 221.

Ortisi MT, Longhi R, Zanini R, Bellu' R, Parola L et al. "Il network pediatrico: Progetto e sperimentazione di una rete tra i reparti di pediatria". Progetto vincitore tra le comunicazioni, XVI Congresso della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - VRQ - ASSISI 15-18/11/2006. Atti del Congresso, 260-262.

Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO et al. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low birth-weight infants. *JAMA*, 2004, 291 (2): 202-9.

Santucci S, Longhi R, Gruppo di Studio Lombardo per l'Accreditamento e il Miglioramento Continuo della Qualità della Società Italiana di Pediatria. "Qualità in Pediatria". Dossier Comunicazione. AREA PEDIATRICA, Rivista di formazione permanente del pediatra, Febbraio 2003; 4 (2): 4-28.

Santucci S, Parola L. "La qualità dell'assistenza: percorsi clinici in pediatria: esperienze in pediatria ospedaliera". Comunicazione al 58° Congresso Italiano di Pediatria (Roma, 27/09 - 01/10/2003). *Quaderni di Pediatria*, 2003; 2: 294-296.

Società Italiana di Neonatologia, Gruppo di Studio per l'Accreditamento e il Miglioramento Continuo della Qualità. "Manuale di Accreditamento Volontario della Funzione Specialistica Neonatologia". 2ª Edizione riveduta. Ed. CSE Centro Scientifico Editore, 2003, Torino.

Società Italiana di Neonatologia - Sezione Lombardia, Istituto per la Ricerca Sociale. "Manuale di Accreditamento per la Funzione Specialistica Neonatologia". Editrice C.S.H., Milano, 2001.

Zanini R, Ortisi MT, Parola L. "Strumenti per il monitoraggio della qualità in pediatria". Relazione al 63° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria. PISA 26-29 Sett 2007 - *Minerva Pediatrica*, Ed. Minerva Medica, Ottobre 2007; 59 (5): 482-483.

Notizie Flash

PRESENTAZIONE DEL SITO WEB DELLA SIPO-GSPO

Una piacevole novità nel mondo della Pediatria Italiana è certamente rappresentata dalla nascita del nuovo sito Web della **Pediatria Ospedaliera** (www.pediatriaospedaliera.org).

La realizzazione del nuovo sito ufficiale della SIPO-GSPO è il frutto di quanto deliberato, nella sua prima riunione, dal rinnovato Consiglio Direttivo del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera della S.I.P., di cui faccio parte. Lo scopo che l'intero Direttivo si è proposto con la creazione del sito Web è stato quello di dotarsi di uno strumento operativo moderno, efficace, agile e costantemente al passo coi tempi, oltre che di un'importante vetrina accessibile a tutti. L'incarico di creare e far crescere il sito è stato assegnato al sottoscritto, che ha accettato con entusiasmo, pur conscio delle difficoltà e del notevole impegno che ciò avrebbe comportato. Dopo una iniziale fase di "rodaggio", oggi il sito comincia ad entrare nella sua fase di piena operatività, grazie anche all'attivazione di alcuni servizi quali i forum e le newsletters. Tuttavia, la crescita e la maturazione ulteriore del sito, e l'avvio di nuove iniziative richiederanno necessariamente un attivo contributo di idee e/o proposte da parte dei Colleghi più disponibili e motivati. Pertanto, coloro che desiderino fornire il loro contributo al riguardo potranno mettersi in contatto con me via e-mail (roberto.antonucci@pediatriaospedaliera.org).

Sono fermamente convinto che, nel cammino di crescita della Pediatria Ospedaliera Italiana, la realizzazione di un sito Web dedicato rappresenti una tappa importante per l'oggi, ed ancor più per il domani. Infatti, tale iniziativa potrà aumentare visibilità ed autorevolezza della SIPO-GSPO, facilitare lo scambio di idee tra singoli iscritti e tra essi ed il Direttivo, consentire di promuovere iniziative di ordine culturale e scientifico e, non ultimo, rafforzare il senso di appartenenza e di identità di noi tutti Pediatri/Neonatologi Ospedalieri.

THE ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY USING ONLY ONE UMBILICAL TROCAR

Ciro Esposito, Francesca Alicchio, Antonio Savanelli, Flavio Perricone, Alessandro Settimi
Pediatric Surgery Unit, Dept. of Pediatrics, "Federico II", University of Naples

Abstract

Background: Laparoscopic appendectomy is a safe alternative to open appendectomy to treat appendicitis. The author reports his experience in performing laparoscopic appendectomy with the use of only one trocar in pediatric patients.

Methods: In a 2 years period we performed 51 laparoscopic appendectomies. Patient age varied from 4 to 16 years with a mean age of 7 years. In the last 25 procedures we performed the procedures with only one trocar using a 10 mm operative telescope with a 5 mm channel to introduce an instrument of 5 mm.

The appendix is identified, dissected when necessary laparoscopically and grasped with the operative instrument. The appendix was exteriorized through the umbilical trocar and the appendectomy was performed using traditional method outside the abdominal cavity.

Results: The average operating time in our series was 25 minutes. We had no intra- or perioperative mortality or morbidity. The mean overall hospitalization time was 2 days (1-4 days). At a maximal follow-up of 20 months the children have no clinical problems nor any visible scar related to the laparoscopic appendectomy.

Conclusions: The authors consider the one-trocar appendectomy an appropriate alternative procedure to open or full laparoscopic technique of appendectomy.

Key Words: Appendectomy, children, laparoscopy.

Introduction

Laparoscopic appendectomy was first described by Semm in 1983 (9). Since then many technique modifications have been reported using different methods involving endoloops, endo-staplers, and the inversion technique (1, 4).

Here, we illustrate the advantages of an alternative to the conventional laparoscopic procedure, using only one trocar in performing an appendectomy.

Patients and methods

In a 2 years period we performed 51 laparoscopic appendectomies in our Institution.

Patient age varied from 4 to 16 years with a mean age of 7 years; there were 30 males and 21 females.

All children had a clinical diagnosis of acute appendicitis or had undergone recurrent hospitalization because of right iliac fossa pain for which no other cause was found. All complained of pain in the lower right quadrant; it extended to the epigastrium in 20 patients (39,2%); other symptoms were leukocytosis with moderate fever in 27 patients (52,9%) or high fever in 24 patients (47,1%). Two patients (3,9%) showed resistance of the right iliac fossa. Patients with perforated appendicitis and those with peritonitis were excluded from this study.

All procedures were performed with the patient under general anesthesia with endotracheal intubation. A nasogastric tube to evacuate the stomach and catheterization of the bladder were done systematically. In all the patients pneumoperitoneum was realized with the transumbilical open laparoscopy, positioning a 10 mm soft blunt tip trocar infraumbilically without any purse-string suture.

In the last 25 patients we performed the one-trocar appendectomy by positioning only one trocar infraumbilically with a 10 mm operative telescope.

This laparoscope has a 5 mm operative channel that permits the use of a 450 mm instrument as scissor, grasper, or dissector (Fig. 1).

The appendix was seen in all the patients. In 17 patients, the appendix was judged to be acutely inflamed; in eight cases it was moderately inflamed.

The appendix was then grasped by its distal end and exteriorized through the laparoscopic cannula. The appendectomy was then performed using the traditional technique, outside the abdominal cavity. Its mesentery was divided and then ligated; when the appendix was free of its mesentery, a hemostat was

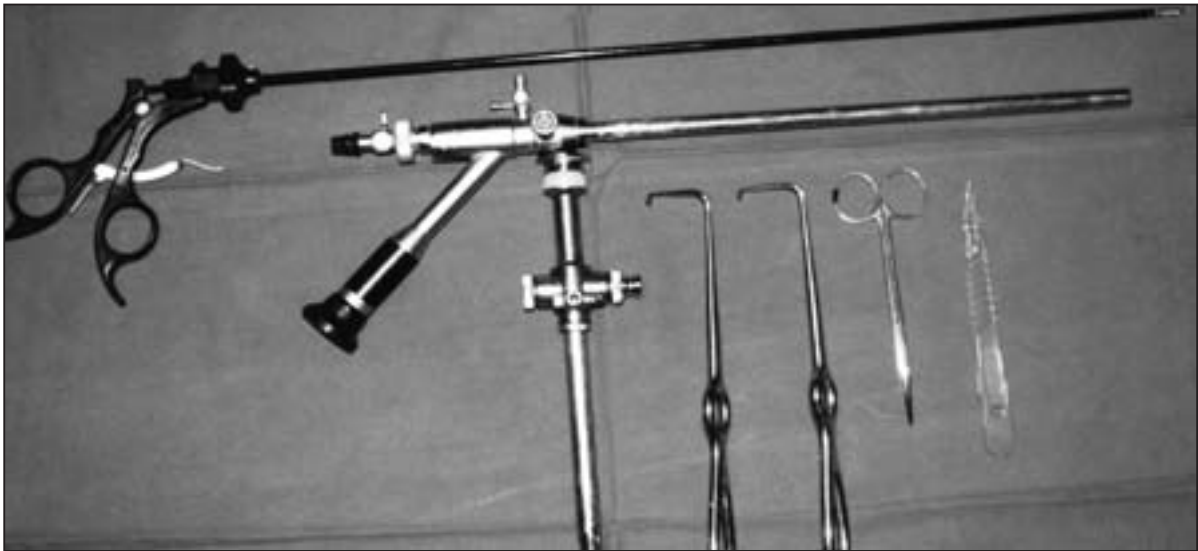


Figura 1. In this picture is summarized the instrumentation necessary to perform one trocar appendectomy: (from the the top of the picture) a 450 mm operative instrument; the operative optic; a blunt tip trocar; 2 retractors; a scissor; a scalpel.

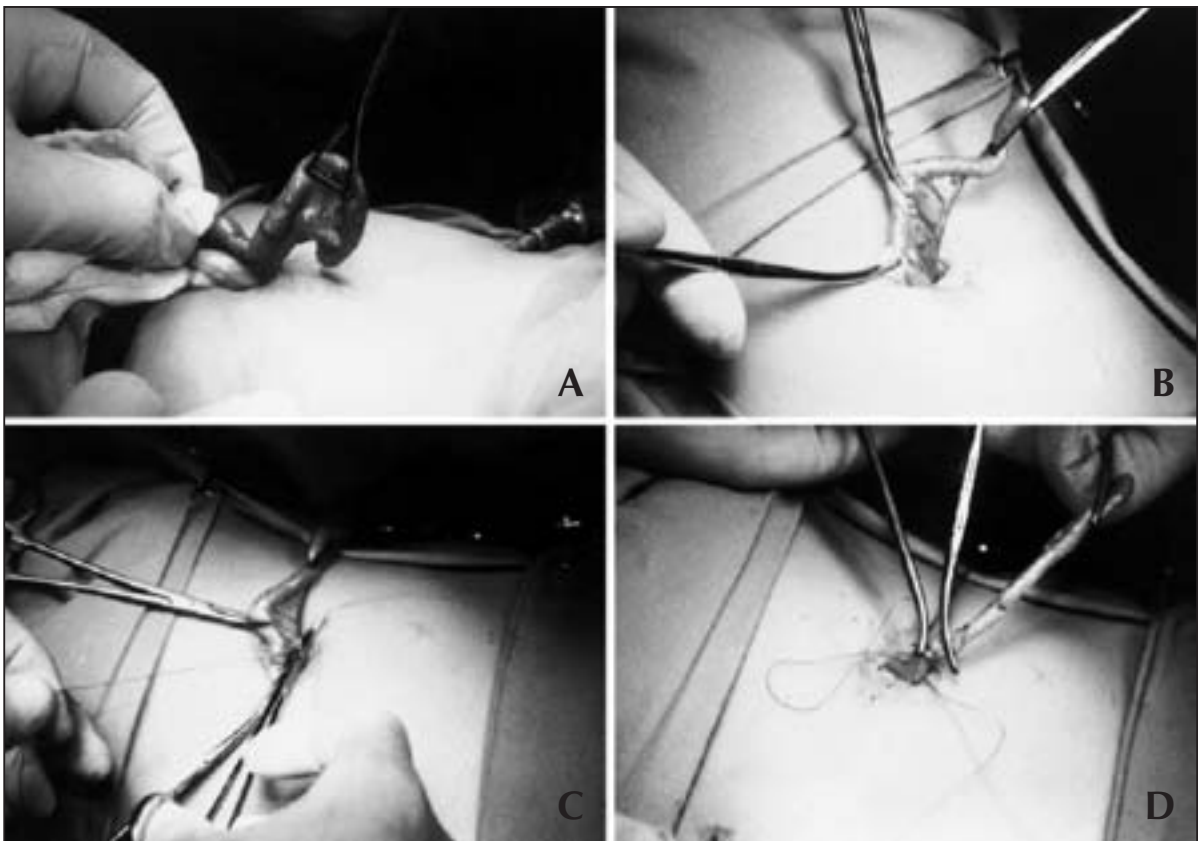


Figura 2. A The appendix is exteriorized through the umbilicus. B, C Its mesentery is divided and then ligated. D, A ligature is then placed around the base of the appendix, which is transected below the proximally applied hemostat.

applied transversely about 8 mm from its junction with the cecum. A purse-string suture was placed in the seromuscular layer of the cecum at the base of the appendix. A ligature was then placed around the base of the appendix, which is transected below the proximally applied hemostat. The stump is then inverted. The procedure is summarized in figure 2.

At the end of procedure the base of the cecum was re-introduced in the abdominal cavity.

Results

We had no intra- or perioperative mortality or morbidity. On average the surgical operation lasted 25 mins (12-45 min). Average hospital stay was 2 days (1-4 days). There were no postoperative complications. Histologic findings showed in 17 cases gangrenous appendicitis and in seven cases a catharrhal inflammation; in one case the appendix

was shown to be without inflammation.

All the patients were followed with only clinical examination. With a maximal follow-up of 20 months the patients have no clinical problems nor any visible scar related to the laparoscopic appendectomy.

Discussion

The use of laparoscopy in children has lagged behind compared to its use in adults because pediatric instruments only became available about 3-4 years ago (10).

Several series have demonstrated the advantages of laparoscopic appendectomy (2, 11). Exploration of the abdominal cavity is easy and can be exhaustive. It also allows easy access to appendices in anomalous position. Surgical acts are accurate and delicate thanks to a magnified image and the ability to perform a total peritoneal lavage under direct vision (3).

The purpose of our one-trocar appendectomy technique, described first by Pelosi in 1992 and then by Begin in adult patients in 1993, is to transpose into laparoscopic surgery the basic principles and surgical stages of conventional appendectomy in order to have both the advantages of the traditional and laparoscopic approach (5, 6, 11).

For this reason it was very important to use a 10 mm operative laparoscope with a 5 mm operative channel that permits use of a 450 mm laparoscopic instrument.

This allows one to explore the abdominal cavity only with an umbilical trocar and then to isolate and exteriorize the appendix with 450-mm dissector.

The end of intervention is then completed as in a conventional procedure.

In all patients the search for a Meckel's diverticulum was negative.

The one-trocar appendectomy is easy to perform; the only problems that may occur exist at the beginning of the experience and involve difficulty in moving the optical aid and the surgical instrument simultaneously (7-9).

The author believes that one-trocar appendectomy is a good and feasible technique and represents a valid alternative to other laparoscopic procedures used to perform appendectomy in pediatric patients.

References

1. Canty TG, Collins D, Losasso B et al. Laparoscopic appendectomy for simple and perforated appendicitis in children: the procedure of choice? *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35: 1582-1585.
2. Chung RS, Rowland DY, Li P et al. A meta-analysis of randomized controlled trials of laparoscopic versus conventional appendectomy. *Am. J. Surg.* 1999; 177: 250-256.
3. El Ghoneimi A, Valla JS, Limonne B et al. Laparoscopic appendectomy in children: report of 1.379 cases. *J. Pediatr. Surg.* 1994; 29: 786-789.
4. Gilchrist BF, Lobe TE, Schropp KP et al. Is there a role for laparoscopic appendectomy in pediatric surgery? *J. Pediatr. Surg.* 1992; 27: 209-214.
5. Hay SA. Laparoscopic versus conventional appendectomy in children. *Pediatr. Surg. Int.* 1998; 13: 21-23.
6. Lintula H, Kokki H, Vanamo K. Single-blind randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy in children. *Br. J. Surg.* 2001; 88: 510-514.
7. Paya K, Fakhari M, Rauhofer U et al. Open versus laparoscopic appendectomy in children: A comparison of complications. *J. Soc. Laparosc. Surg.* 2000; 4: 121-124.
8. Pedersen AG, Petersen OB, Wara P, Ronning H, Qvist N, Laurberg S. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Br. J. Surg.* 2001; 88: 200-205.
9. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy*, 1983; 15: 59-64.
10. Ure BM, Spangenburg D, Hebebrand E et al. Laparoscopic surgery in children and adolescents with suspected appendicitis: Results of medical technology assessment. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 1991; 2: 336-340.
11. Varlet F, Tardieu D, Limonne H et al. Laparoscopic versus open appendectomy in children - Comparative study of 403 cases. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 1994; 4: 333-337.

IL RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLA DISPLASIA EVOLUTIVA DELL'ANCA: LA NOSTRA ESPERIENZA DI UN ANNO DI SCREENING

Angelica Dessì, Maurizio Crisafulli, Erica Vannelli, Vassilios Fanos

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

Introduzione

Il termine Displasia Evolutiva dell'Anca (DDH) comprende tutte le anomalie dell'anca infantile caratterizzate da alterazioni della forma e/o dei rapporti dei capi articolari (1). Ad essa spetta l'aggettivo di congenita (CDH) in quanto è presente fin dalla nascita, ma allo stesso tempo è più indicato parlare di displasia evolutiva (può cioè evolversi fino al termine dell'accrescimento), volendo così precisare il carattere evolutivo e quindi la necessità di sorveglianza che tale patologia presenta per tutto il periodo dell'accrescimento e poi nella vita adulta. La DDH è la deformità più frequente dello scheletro. L'indagine ecografica permette la visualizzazione e lo studio di componenti anatomiche essenziali dell'anca non visibili alla radiografia (2). È un dato accertato che la terapia della displasia congenita dell'anca è tanto più efficace quanto più precoce (3, 4). Da ciò emerge la necessità di anticipare, possibilmente nelle prime sei settimane di vita, la diagnosi di displasia dell'anca. L'indagine ecografica (5), ha sostanzialmente modificato negli ultimi anni l'approccio diagnostico a questa patologia. L'esame ecografico è oggi infatti l'indagine di prima scelta per lo screening della displasia dell'anca, durante i primi mesi di vita (6).

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di valutare l'utilità di uno screening di popolazione per la DDH ai fini della diagnosi precoce e della terapia, verificare il valore dei fattori di rischio per l'individuazione della displasia dell'anca e valutare il ruolo dell'instabilità nella displasia dell'anca e del suo riconoscimento precoce.

Pazienti e metodi

Nel periodo compreso dal 01.01.2005 al 01.01.2006 sono stati sottoposti ad esame ecografico delle anche per lo screening della displasia congenita dell'anca 1.158 bambini (di cui 586 maschi e 572 femmine), giunti all'osservazione presso l'ambulatorio del Centro di prevenzione della displasia congenita dell'anca della Puericultura di Cagliari. Di questi pazienti il 69,8% proveniva dal nido

dell'Ospedale S. Giovanni di Dio e dalla puericultura di Cagliari, il 19% dal Centro unico di prenotazione della ASL n. 8 (CUP) e l'11,2% dalla pediatria territoriale. Per questo studio sono state adottate la metodica e la classificazione di Graf (5-7) e sono stati selezionati i neonati che presentavano all'esame ecografico un'anca di grado superiore al Tipo 1b e cioè che presentavano un Tipo 2a (+/-), 2b, 2c, D, 3a, 3b o 4 (Tab. 1).

Dei pazienti selezionati, oltre alla diagnosi ecografica, sono stati registrati: l'età al momento della diagnosi, la positività o meno del segno di Ortolani e i fattori di rischio. Per quanto riguarda questi ultimi sono stati presi in considerazione: la familiarità, la presentazione podalica, l'oligoidramnios, la prematurità, la gemellarità, il bambino plasmato, le malformazioni, i figli di madre diabetica e la ridotta abduzione. La valutazione dei dati è stata condotta retrospettivamente.

L'indagine ecografica è stata condotta da due operatori esperti del Centro di prevenzione per la DDH della puericultura di Cagliari mediante utilizzo di un ecografo Sinergy Disonic dotato di sonda ecografica lineare da 7,5 Mhz.

Tutte le immagini ecografiche sono state valutate e classificate secondo la metodica di Graf: ogni esame è stato documentato da almeno un'immagine (in cui sono stati misurati con un goniometro gli angoli alfa e beta) accompagnata da un referto scritto.

La refertazione ha rispettato la sequenza dei seguenti punti:

1. età del paziente;
2. descrizione del reperto (tetto osseo, ciglio osseo e tetto cartilagineo);
3. tipizzazione;
4. valore dell'angolo alfa e dell'angolo beta;
5. conseguenze terapeutiche (necessità di controlli, consigli terapeutici).

Risultati

Dei 1.158 neonati (2.316 anche) sottoposti ad esame ecografico, 122 (86 femmine e 36 maschi) presentavano 145 anche con un Tipo superiore

Tabella 1
CARATTERISTICHE OSSEE E CARTILAGINEE RELATIVE
AL TIPO DI ANCA ESAMINATA (Graf R et al. 2001)

TIPO	CONTORNO DEL TETTO OSSEO	MARGINE OSSEO SUPERIORE	MARGINE CARTILAGINEO	ANGOLO α	ANGOLO β
IA Anca matura (qualsiasi età)	Buono	A spigolo	Sottile triangolare, coprente la testa del femore	$> 60^\circ$	$< 55^\circ$
IB Anca matura (qualsiasi età)	Buono	Smusso	Con ampia base, breve, coprente la testa femorale	$> 60^\circ$	$> 55^\circ$
IIA (entro il primo mese)	Sufficiente	Arrotondato	Ampio, coprente la testa femorale	50-59°	$> 55^\circ$
IIA+ (0-12 settimane)	Sufficiente	Arrotondato	Ampio, coprente la testa femorale	50-59°	$> 55^\circ$
IIA- (6-12 settimane)	Deficitario	Arrotondato	Coprente la testa femorale	50-59°	$> 55^\circ$
IIB (> 12 settimane)	Deficitario	Arrotondato	Coprente la testa femorale	50-59°	$> 55^\circ$
IIC Anca critica	Gravemente deficitario	Arrotondato/appiattito	Al limite della copertura	43°-49°	$< 77^\circ$
D Anca in via di decentrazione	Gravemente deficitario	Arrotondato/appiattito	Compresso	43°-49°	$> 77^\circ$
IIIA	Insufficiente	Appiattito	Compresso cranialmente senza alterazioni strutturali	$< 43^\circ$	$> 77^\circ$
IIIB	Insufficiente	Appiattito	Compresso cranialmente con alterazioni strutturali	$< 43^\circ$	$> 77^\circ$
IV	Insufficiente	Appiattito	Compresso caudalmente	Non misurabile	

all'1b ed erano così distribuite: Tipo 2a (+/-) 122, 2b 2, 2c 9, D 6, 3a 5, 3b 0 e Tipo 4 1 (Fig. 1).

Per quanto riguarda la distribuzione per lato: in 51 casi a destra, in 54 a sinistra e in 20 casi bilateralmente ($51+54+20+20 = 145$ anche).

Dei 1.158 bambini, 364 avevano almeno un fattore di rischio tra quelli che sono stati presi in considerazione per questo studio. Dei 122 pazienti con Tipo superiore all'1b, 81 non presentavano alcun

fattore di rischio per displasia congenita dell'anca, 19 presentazione podalica al momento del parto o gravidanza condotta nella maggior parte del tempo in posizione podalica, 7 familiarità per displasia congenita dell'anca, 6 bambini plasmati, 4 ridotta abduzione, 3 prematurità, 1 malformazioni e 1 figlio di madre diabetica. La manovra di Ortolani è risultata positiva in 2 anche, mentre nelle restanti essa è risultata negativa (Fig. 2).

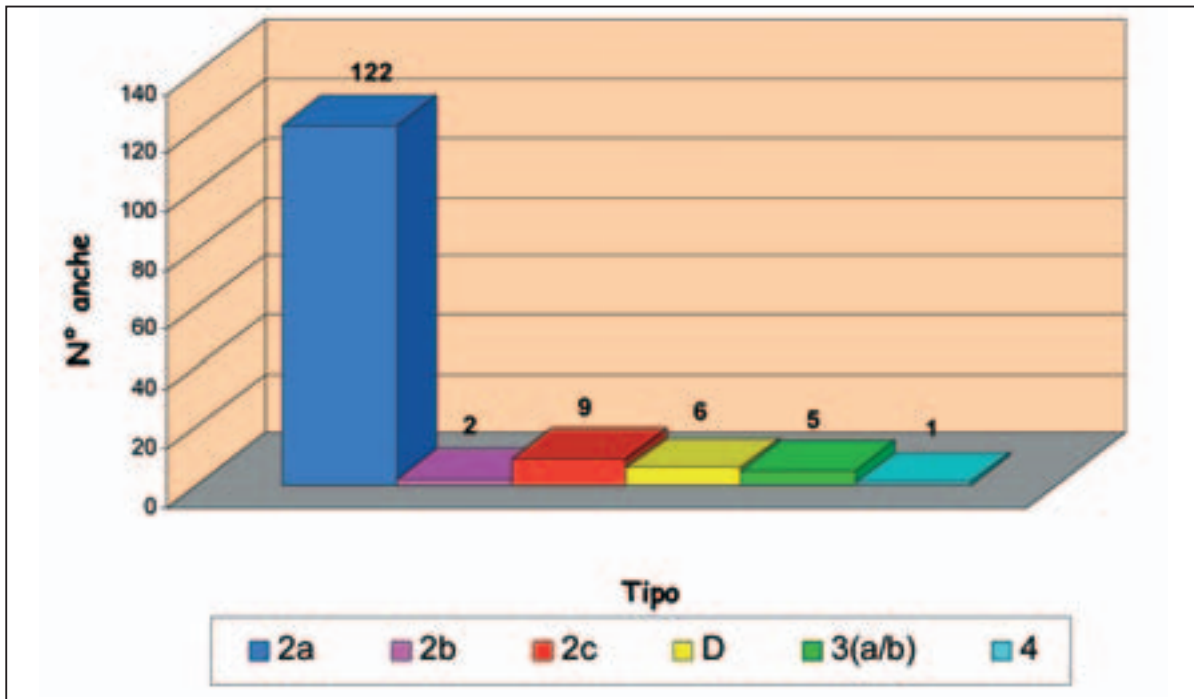


Figura 1. Distribuzione (secondo la metodica di Graf) dei 145 Tipi di anche esaminate superiori all'1b.

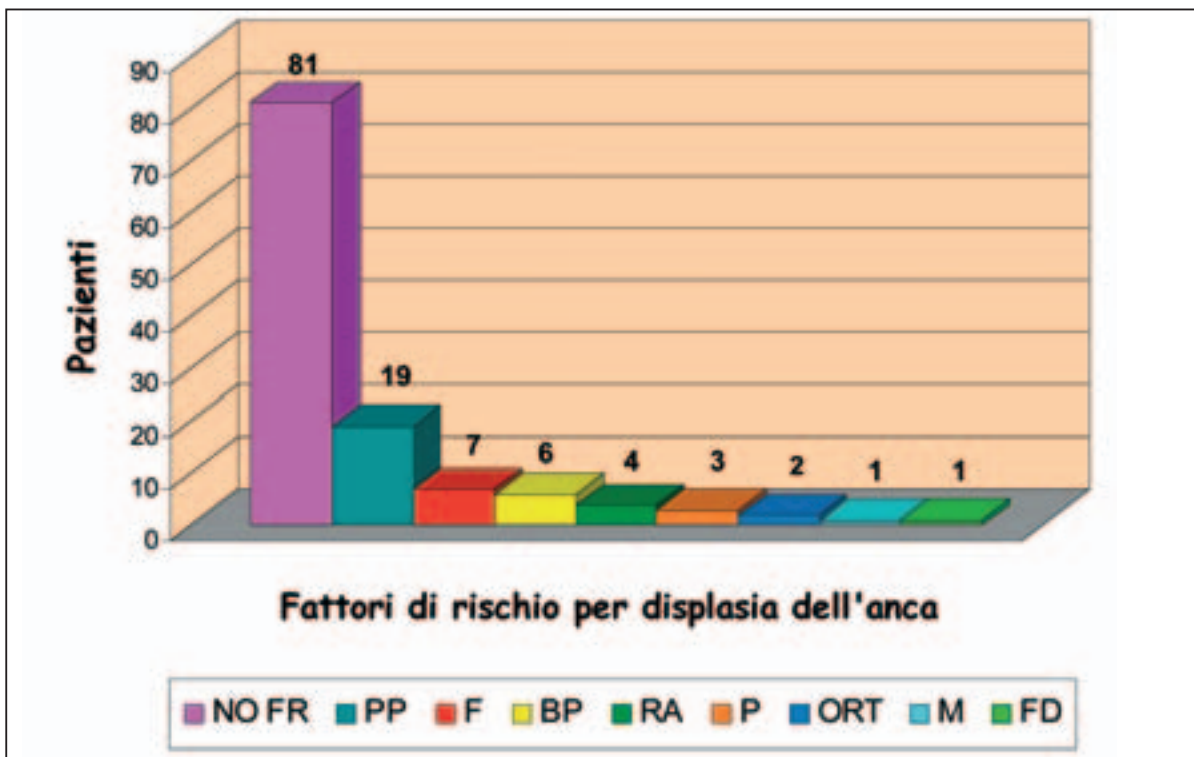


Figura 2. Distribuzione dei fattori di rischio nei 122 pazienti con Tipo superiore all'1b: 81 senza fattori di rischio (NO FR), 19 con presentazione podalica (PP), 7 con familiarità (F), 6 bambini plasmati (BP), 4 con ridotta abduzione (RA), 3 prematuri (P), 2 con Ortolani positivo (ORT), 1 con malformazioni (M) e 1 figlio di madre diabetica (FD).

L'età alla diagnosi variava da 14 a 90 giorni con una media di 52 giorni. La diagnosi di DDH è stata posta nel 31,6% dei casi entro la seconda settimana di vita e nel 68,4% tra la terza e l'ottava settimana di vita. La terapia è stata posta in atto al momento della diagnosi. Per quanto riguarda le anche con una copertura ossea inferiore al normale, cioè

con un angolo alfa secondo Graf tra i 50° e i 59° fino a tre mesi (Tipo 2a+/2a-), dopo un mese dalla diagnosi hanno evidenziato ecograficamente un'evoluzione spontanea verso una copertura ossea normale nel 94% dei casi. Nel restante 6% dei casi la copertura ossea è stata raggiunta con l'ausilio di divaricatori morbidi applicati per 30 giorni 24 ore su 24.

I Tipi 2b sono stati trattati con un divaricatore di tipo Milgram e dopo un mese al controllo ecografico hanno raggiunto una completa maturazione.

Per i Tipi 2c, d e 3 (a/b) sono stati utilizzati sempre divaricatori di tipo Milgram ma la guarigione completa è stata ottenuta dopo due mesi di trattamento (previo controllo ecografico dopo un mese di terapia).

Il Tipo 4, una volta eseguita la diagnosi ecografica, è stato monitorato e trattato esclusivamente dall'ortopedico.

Per quanto riguarda il follow-up, tutti i pazienti con Tipo superiore al 2a+ sono stati sottoposti a controlli ecografici e ortopedici seriati ogni 30 giorni fino alla completa guarigione.

La correttezza dell'applicazione del divaricatore di tipo Milgram è stata avvalorata da una radiografia del bacino in antero-posteriore effettuata per confermare la centratura della testa femorale.

Discussione

A tutt'oggi sono numerose le discussioni riguardo la validità dello screening per la DDH in quanto l'alta percentuale di risoluzione spontanea di questa patologia (> 80%) ha creato incertezza su quale sia l'approccio più appropriato per i neonati positivi allo screening. Recenti revisioni sistematiche (8-10) hanno messo in evidenza un'impossibilità di comparazione tra i risultati e la valutazione di efficacia dello screening data la mancanza di studi sulla storia naturale della risoluzione spontanea dell'instabilità della displasia dell'anca e degli esiti funzionali dei trattamenti effettuati. Tali revisioni sottolineano quindi le incertezze che ancora esistono sull'argomento e la necessità di ulteriori ricerche che possano chiarire i benefici di questo screening.

Tuttavia, nonostante sia vero che lo screening ecografico rispetto a quello clinico (segno di Ortolani e Barlow) individua un maggior numero di DDH e per questo può comportare il rischio di trattamenti inutili, è anche vero che il costo in termini economici e sociali di un'evoluzione in coxartrosi di una semplice displasia o, peggio, di una lussazione non trattata è altissimo. Deve infatti essere considerata la somma tra il costo delle ospedalizzazioni ripetute e prolungate di questi pazienti, gli interventi chirurgici, la disabilità residua e la riabilitazione e confrontato con il costo di uno screening di massa. In Europa questo rapporto ha dimostrato l'opportunità di eseguire in età precoce (< 3 mesi) uno screening ecografico di massa (11), che invece ancora non viene accettato negli Stati Uniti.

Per quanto riguarda la nostra casistica (periodo dal 01.01.2005 al 01.01.2006), essa rappresen-

ta un campione non selezionato di neonati.

La percentuale di diagnosi precoce è del 100% di cui il 31,6% entro la seconda settimana; l'età media in cui è stata effettuata la diagnosi e contemporaneamente posto in atto il trattamento è stata di 52 giorni. Ciò sottolinea l'elevata sensibilità da parte degli operatori del settore per questa patologia: i pediatri e i neonatologi inviano precocemente i neonati all'esame ecografico.

Negli ultimi anni la precocità della diagnosi ha consentito, in diverse realtà geografiche, di ridurre sensibilmente l'utilizzo della radiografia convenzionale, ha modificato il tipo di trattamento, ora più diversificato e la sua durata; inoltre sono significativamente diminuiti gli interventi chirurgici per diagnosi tardive della displasia congenita dell'anca e le necrosi cefaliche post-riduttive.

Nel nostro lavoro sono stati studiati ecograficamente 1.154 bambini, di cui 364 presentavano almeno un fattore di rischio per displasia congenita dell'anca. Ciononostante solamente per 41 di questi si è evidenziata una anomalia dell'anca. Inoltre, circa il 67% dei pazienti con Tipo superiore all'1b non presentavano alcuni fattori di rischio: i Tipi di anche sono equamente distribuiti e comprendono anche quelle di Tipo 4.

I nostri dati confermano che, nella maggior parte dei casi, i soli fattori di rischio non sono né particolarmente significativi né sufficienti per poter effettuare una diagnosi precoce di displasia evolutiva dell'anca.

Per molti anni lo screening precoce per la displasia congenita dell'anca è stato condotto in tutto il mondo utilizzando le manovre di Ortolani (12) e Barlow (13). Numerose sono tuttavia le pubblicazioni che negli ultimi anni hanno riferito del fallimento di questo tipo di screening, basato sull'individuazione di un segno funzionale, indiretto, e non sulla reale valutazione morfologica del substrato anatomico-patologico che ne sta alla base (14-16). Nella nostra casistica il segno di Ortolani era positivo solo nel 2% dei casi, soprattutto nelle anche di Tipo 3 e 4. Va tenuto conto che in questa casistica l'età media dei pazienti era di 52 giorni. E' quindi possibile che in molti neonati tale segno non fosse più positivo al momento dell'esame ecografico, pur essendolo verosimilmente in epoca più precoce. Quando un neonato affetto da displasia, ma negativo all'esame clinico e senza fattori di rischio, presenta un segno clinico positivo, la diagnosi sarà sicuramente tardiva. L'obiettivo è invece quello di ottenere una diagnosi quanto più precoce possibile (17). In questo lavoro, essendo riusciti grazie all'indagine ecografica ad effettuare precocemente una terapia, la guarigione nelle anche instabili è avvenuta entro due mesi dall'inizio del trattamento. E' noto inoltre che raramente troviamo alla nascita anche di Tipo 4 (14). Questo a significare che un'an-

ca di Tipo 4 spesso non è una situazione già presente alla nascita ma più frequentemente il risultato finale di un processo displasico.

Una diagnosi precoce di instabilità evita l'evoluzione in tal senso della displasia. I risultati ottenuti nei pazienti trattati dimostrano la validità di tali convinzioni, infatti la durata del trattamento è stata inferiore nei pazienti trattati precocemente (45,52 giorni), non è mai stato necessario ricorrere al trattamento chirurgico, i risultati ecografici ottenuti hanno evidenziato in tutti i pazienti una normalizzazione dei parametri e per tutti è stato possibile iniziare a deambulare fisiologicamente alla stessa età media (12,62 mesi) dei bambini non affetti da patologia dell'anca.

In conclusione si può affermare che la displasia dell'anca rappresenta per la sua incidenza, evolutività e difficoltà di trattamento una tra le più importanti patologie ortopediche. Gli ultimi vent'anni hanno visto, con l'affermarsi della metodica ecografica, un'enorme cambiamento nella prognosi degli individui colpiti tanto che attualmente la necessità del trattamento chirurgico è diventata assai rara. Solo mediante l'esame ecografico è possibile individuare precocemente tutte le anche displasiche e instabili potendo in tal modo effettuare una terapia precoce. Se confrontiamo i risultati di questa ricerca con lavori sulla diagnosi precoce della DDH pubblicati dal dott. De Pellegrin nel 1979, 1985, 1989 e 1990 (14), si può constatare che solo quando si è eseguito uno screening generale alla nascita (1990), senza considerare alcuna indicazione specifica (fattori di rischio e/o segni clinici), la percentuale di diagnosi precoce è stata del 100%. Sulla base della nostra esperienza si può concludere che, per una diagnosi e un trattamento precoce della DDH, sia utile eseguire uno screening ecografico a tutti i neonati tra la quarta e la sesta settimana di vita anche in assenza di segni clinici e/o fattori di rischio positivi per DDH.

References

1. Haynes RJ. Developmental dysplasia of the hip: Etiology, Pathogenesis & Examination & physical findings in the newborn nursery. AAOS 68th Meeting Instr. Course Lect. 2001; 366.
2. Baronciani D, Atti G, Andiloro F et al. Screening for developmental Dysplasia of the Hip: from theory to practice. *Pediatrics*, 1997; 99 (2): E5.
3. American Accademy of Pediatrics Committee on quality improvement, subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. La displasia evolutiva dell'anca: linee guida per la diagnosi precoce. *Pediatrics* (Ed. Italiana), 2000; 351-61.
4. Catteral A. The early diagnosis of congenital dislocation of the hip (editorial). *J. Bone. Joint Surg. Br.* 1994; 515-516.
5. Graf R. The diagnosis of congenital hip joint dislocation by the ultrasonic compound-treatment. *Arch. Orthop. Traumat.* 1980; 117-33.
6. De Pellegrin M, Tessari. Early ultrasound diagnosis of developmental dysplasia of the hip. *Bull. Hospital Joint Dis.* 1996; 222-225.
7. Graf R. Guida all'ecografia dell'anca infantile. USES, Firenze, 1989.
8. Woolacott NF, Puhan MA, Steurer J et al. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia in newborns: systematic review. *BMJ*, 2005; 330: 1413.
9. US Preventive Services Task Force. Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement. *Pediatrics*, 2006; 117: 898-902.
10. Shipman SA, Helfand M, Moyer V et al. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 2006; 117: 557-576.
11. Bache CE, Raut VV, Clegg J. The financial aspects of a routine ultrasound screening programme for the detection and management of ddh. *J. Bone. Joint Surg. Br.* 1998; 80-281.
12. Ortolani M. Un segno poco noto e la sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenita dell'anca. *Pediatria*, 1937; 129-36.
13. Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. *J. Bone. Joint Surg. Br.* 1962; 292-301.
14. De Pellegrin M. Screening ecografico della displasia congenita dell'anca. Risultati e correlazioni clinico ecografiche. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*, 1991; 561-7.
15. Katthagen BD, Mittelmeier H, Beker D. Häufigkeit und stationärer Behandlungsbeginn kindlicher hüftgelenksluxationen in der Bundesrepublik Deutschland. *Z. Parsch. K. Orthop.* 1988; 475-83.
16. Tonnis D, Storch K, Ulbrich. Results of newborn screening for CDH with and without sonography and correlation of risk factors. *J. Pediatr. Orthop.* 1990; 145-52.
17. De Pellegrin M. Commento all'articolo "La displasia evolutiva dell'anca: linee guida per la diagnosi precoce". *American Accademy of pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Pediatrics* Ed. Italiana, 2000; 363-6.

I PROBIOTICI: UN UPDATE SULLE CARATTERISTICHE E PROSPETTIVE DI UTILIZZO NEL NEONATO E NEL LATTANTE

Paolo Manzoni, Giovanni Agriesti, Elena Gallo, Luca Gastaldo, Daniele Farina
Neonatologia e TIN, Ospedale Sant'Anna, Torino

I probiotici, organismi vivi facenti naturalmente parte della normale ecologia enterica, o in grado di interferire con la stessa qualora essa sia alterata, sono correttamente definibili come "microrganismi vivi" che - se somministrati in dosi adeguate - conferiscono un beneficio di salute all'ospite. Essi infatti promuovono la eubiosi ed il benessere intestinale, mediante meccanismi di simbiosi e commensalismo.

I probiotici sono in grado di potenziare l'immunità, generale e locale, e la naturale resistenza alla colonizzazione dell'intestino da parte di patogeni di varie specie: ciò si verifica tramite stimolazione di risposte umorali immunitarie enteriche specifiche, quali la produzione di IgA secretorie. In tal modo, i probiotici possono rappresentare una valida strategia preventiva nei confronti di numerose patologie intestinali, soprattutto quelle che dipendono o comportano dismicrobismo, come la Diarrea Acuta e quella Cronica.

L'interesse verso l'uso di probiotici nel trattamento e prevenzione di molte patologie in età pediatrica ed anche neonatale è recente, ma in rapida evoluzione.

Gravi patologie quali la IBD (Inflammatory Bowel Disease), la NEC (Necrotizing Enterocolitis) e disturbi extra-intestinali quali la dermatite atopica o le IVU recidivanti sono gli ambiti di utilizzo nei quali un ruolo dei probiotici è stato suggerito ed in molti casi comprovato da dati clinici e sperimentali che si vanno accumulando anno dopo anno.

I meccanismi alla base di una possibile efficacia dei probiotici in svariate affezioni dell'intestino (e non solo) sono però non del tutto chiari al momento, e necessitano di studi ulteriori.

Il neonato, ed a maggior ragione il neonato pretermine in TIN, è un soggetto ad alto rischio di disturbi della microecologia intestinale con proliferazione di una microflora patogena, sia se viene a mancare il latte materno, sia soprattutto se - come avviene nel neonato pretermine in TIN - il neonato deve subire trattamenti protratti con antibiotici ad ampio spettro, o manifesta difficoltà ad instaurare e mantenere l'alimentazione per os. In questi particolarissimi pazienti, il tubo enterico è il più importante reservoir e sito di colonizzazione per tutti i tipi di patogeni, ed è quindi il sito da cui più

frequentemente può partire una disseminazione invasiva sistemica da parte di svariati microrganismi, inclusi i Miceti.

Due situazioni paradigmatiche della efficacia dei probiotici nel neonato, e quindi delle loro possibili applicazioni cliniche, sono la NEC, e la colonizzazione intestinale da funghi.

Negli ultimi 6 anni, una piccola serie di studi clinici randomizzati, in doppio cieco, hanno infatti dimostrato l'efficacia dei probiotici nella prevenzione della NEC, e della mortalità NEC-associata, in neonati pretermine in TIN. Si è già ricordato che questi neonati sono, per i motivi esposti sopra, molto lenti ad acquisire una flora intestinale "buona" composta da commensali quali i Bifidobacter ed i Lactobacilli, e sono quindi suscettibili di una colonizzazione patogena. Inoltre, il loro intestino ha una scarsa motilità ed è naturalmente predisposto alla proliferazione batterica. E' chiaro, in tali condizioni, che esistono tutti i presupposti perchè si verifichi una patologia dell'intestino ad eziologia mista (batterica, disimmunitaria, tossica, vascolare) quale la NEC. Una recentissima metanalisi sull'argomento, pubblicata da Lancet nel maggio 2007, ha incluso 7 studi clinici randomizzati (probiotici vs placebo) con caratteristiche di qualità metodologica sufficientemente valida. Sei su 7 di questi studi avevano riguardato neonati < 1.500 g e/o < 32 sett. eg. I probiotici usati sono stati differenti di volta in volta, ed appartenenti a differenti species e ceppi. Alla metanalisi, l'effetto dei probiotici sulla NEC di stadio 2 o maggiore è risultato nettamente protettivo, con $p = 0,0008$ e RR di 0,36 (95% C. I. (0,20-0,65)). Lo stesso si può dire relativamente alla mortalità complessiva (all-cause), con $p = 0,0007$ e RR 0,47 (95% C.I. 0,30-0,73), ed anche al tempo impiegato per raggiungere la piena alimentazione enterale, che era significativamente più breve nei soggetti trattati con probiotici (15,5 gg contro 18,5 gg; $p = 0,02$).

Si può concludere, d'accordo con gli autori, che "la supplementazione di probiotici potrebbe ridurre l'incidenza di NEC". E' importante sottolineare - aggiungono gli stessi autori - la considerevole coerenza dei risultati ottenuti nei vari studi pur in presenza di un utilizzo di ceppi di probiotici diversi, e a dosaggi diversi.

Anche se ancora manca uno studio conclusivo, adeguatamente dimensionato per valutare tutti i possibili endpoints, i probiotici (indipendentemente da species e ceppi utilizzati) sembrano allo stato attuale il più promettente presidio terapeutico a disposizione dei neonatologi nella lotta alla NEC.

Un altro ambito promettente è quello dell'impiego di probiotici nella prevenzione della colonizzazione ed infezione fungina neonatale. È stato dimostrato che ottenendo una riduzione della colonizzazione fungina intestinale si può, almeno in parte, prevenire anche l'incidenza delle sepsi fungine, e pertanto la ricerca ha puntato i suoi sforzi verso l'individuazione della strategia profilattica ottimale. Uno studio multicentrico, randomizzato italiano ha dimostrato l'efficacia e tollerabilità del fluconazolo, ma una profilassi con agenti antifungini solleva ancora preoccupazioni per la tollerabilità e la potenziale capacità di selezionare ceppi resistenti, ragion per cui la stessa non è ancora vista come lo "standard of care".

Un approccio innovativo e di tipo meno "invasivo" potrebbe prevedere l'impiego di Probiotici.

Alcune evidenze sperimentali su modelli murini indicano che certi ceppi, promuovendo una corretta colonizzazione dell'intestino prematuro da parte di species batteriche "buone", sono in grado di "spiazzare" per competizione sia species batteriche patogene, sia anche (e questo è l'aspetto per noi interessante) le varie *Candida spp.* Questi studi su modelli murini hanno messo in evidenza la capacità in particolare di alcuni probiotici di ridurre sia la colonizzazione intestinale da *Candida*, sia le sepsi fungine, agendo a vari livelli contemporaneamente (competizione, contrasto dell'adesione, immunomodulazione, ecc.).

Anche nel genere umano, è ipotizzabile che la colonizzazione con una microflora enterica "buona" possa proteggere l'ospite pretermine dalla proliferazione di colonie di patogeni - e tra questi, i funghi - nel tratto gastrointestinale.

I meccanismi potenziali con cui i probiotici potrebbero ridurre la colonizzazione fungina intestinale sarebbero di varia natura, e riferibili ad una esclusione competitiva dei funghi, ad una riduzione della loro capacità di colonizzare la mucosa enterica per via di una aumentata risposta IgA, a cambiamenti nella permeabilità intestinale con aumentato effetto barriera per i funghi stessi, ed infine a modificazioni della risposta immunitaria verso i prodotti fungini.

Una prima conferma in vivo, e nel neonato, giunge da uno studio pilota randomizzato, in doppio cieco, pubblicato nel 2006. Questo studio riporta un'efficacia della supplementazione per via orale di un probiotico, praticata per i primi 30 gg di vita, nel ridurre la colonizzazione enterica da *Candida* del 90% in neonati di peso compreso tra 1.000 e 1.500 g, con efficacia quindi del tutto so-

vrapponibile a quella degli azolici. L'ipotesi da verificare è se un simile impatto sulla riduzione della colonizzazione possa avere un equivalente e corrispettivo impatto, come sarebbe logico attendersi, anche sulla riduzione delle infezioni da *Candida spp.*, testando tale ipotesi su un campione di potenza adeguata.

L'uso contemporaneo di Lattoferrina, in aggiunta ad un probiotico, potrebbe ulteriormente facilitare le difese contro gli agenti patogeni in un intestino prematuro. Questa ipotesi si basa su dati sperimentali sul modello murino, che dimostrano che i ratti neonati trattati con miscele per os di probiotici + Lattoferrina riescono a limitare la crescita di *E. coli* nel tratto intestinale con maggior efficacia che i ratti non trattati o trattati con il solo probiotico, e questo senza che la Lattoferrina aumenti il numero di colonie del probiotico stesso. Questi dati hanno portato alcuni AA. ad ipotizzare che anche in vivo Probiotici e Lattoferrina possano essere agenti terapeutici sinergici in grado di ridurre l'incidenza di NEC e di sepsi a partenza intestinale.

In conclusione, le possibilità di utilizzo clinico dei probiotici nella prevenzione e trattamento di molte patologie del neonato e del lattante sono altamente interessanti e giustificano sforzi ulteriori di ricerca clinica per raggiungere, finalmente, risultati definitivi.

Bibliografia

1. Agarwal R, Sharma N, Chaudhry R, Deorari A, Paul VK, Gewolb IH, Panigrahi P. Effects of oral Lactobacillus GG on enteric microflora in low-birth-weight neonates. *Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2003 Mar; 36 (3): 397-402.
2. Millar M, Wilks M, Costeloe K. Probiotics for preterm infants? *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.* 2003; 88: F354-F358.
3. Dani C, Biadaioli R, Bertini G, Martelli E, Rubaltelli FF. Probiotics feeding in prevention of urinary tract infection, bacterial sepsis and necrotizing enterocolitis in preterm infants. A prospective double-blind study. *Biol. Neonate*, 2002 Aug; 82 (2): 103-8.
4. Hung-Chih Lin, Bai-Hong Su, An-Chyi Chen, Tsung-Wen Lin, Chang-Hai Tsai, Tsu-Fuh Yeh, William Oh. Oral Probiotics Reduce the Incidence and Severity of Necrotizing Enterocolitis in Very Low Birth Weight Infants. *Pediatrics*, 2005; 115: 1-4.
5. Robert M, Kliegman, Rodney E. Willoughby. Prevention of Necrotizing Enterocolitis With Probiotics. *Pediatrics*, 2005; 115: 171-172.
6. Kennedy RJ, Kirk SJ, Gardiner KR. Mucosal barrier function and the commensal flora. *Gut*. 2002; 50: 441-2.
7. Wagner RD, Pierson C, Warner T, Dohnalek M, Farmer J, Roberts L, Hilty M, Balish E. Biotherapeutic effects of probiotic bacteria on candidiasis in immunodeficient mice. *Infect. Immun.* 1997 Oct; 65 (10): 4165-72.
8. Wagner RD, Pierson C, Warner T, Dohnalek M, Hilty M, Balish E. Probiotic effects of feeding heat-killed Lactobacillus acidophilus and Lactobacillus casei to *Candida albicans*-colonized immunodeficient mice. *J. Food Prot.* 2000 May; 63 (5): 638-44.
9. Mack DR, Michail S, Wei S et al. Probiotics inhibit enteropathogenic *E. coli* adherence in vitro by inducing intestinal mucin gene expression. *Am. J. Physiol.* 1999; 276: G941-50.
10. Collins MD, Gibson GR. Probiotics, prebiotics, and synbiotics: approaches for modulating the microbial ecology of the gut. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999 May; 69 (5): 1052S-1057S.

11. Hoyos AB. Reduced incidence of necrotizing enterocolitis associated with enteric administration of *Lactobacillus acidophilus* and *Bifidobacterium infantis* to neonates in an intensive care unit. *Int. J. Infect. Dis.* 1999; 3: 197-202.
12. Brand S, Reinecker HC. An enhanced barrier is a better defense: effects of probiotics on intestinal barrier function. *Inflamm. Bowel. Dis.* 2002; 8: 67-9.
13. Caplan MS, Miller-Catchpole R, Kaup S et al. Bifidobacterial supplementation reduces the incidence of necrotizing enterocolitis in a neonatal rat model. *Gastroenterology*, 1999; 117: 577-83.
14. Caplan MS, Jilling T. Neonatal necrotizing enterocolitis: possible role of probiotic supplementation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2000; 30 (Suppl. 2): S18-S22.
15. Bin-Nun A, Bromiker R, Wilschanski M, Kaplan M, Rudensky B, Caplan M, Hammerman C. Oral probiotics prevent necrotizing enterocolitis in very low birth weight neonates. *J. Pediatr.* 2005 Aug; 147 (2): 192-6.
16. Neu J, Caicedo R. Probiotics: protecting the intestinal ecosystem? *J. Pediatr.* 2005 Aug; 147 (2): 143-6.
17. Claud EC, Walker WA. Hypothesis: inappropriate colonization of the premature intestine can cause neonatal necrotizing enterocolitis. *FASEB*, 2001; 15: 1398-1403.
18. Manzoni P, Mostert M, Leonessa ML et al. Oral supplementation with *Lactobacillus casei* subspecies *rhamnosus* prevents enteric colonization by *Candida* species in preterm neonates: a randomized study. *Clin. Infect. Dis.* 2006 Jun 15; 42 (12): 1735-42. (Epub. 2006 May 4).
19. Costalos C, Skouteri V, Gounaris A et al. Enteral feeding of premature neonates with *Saccharomyces boulardii*. *Early Hum. Dev.* 2003; 74: 89-96.
20. Mohan R, Koebnick C, Schildt J et al. Effects of *Bifidobacterium lactis* Bb12 supplementation on intestinal microbiota of preterm neonates: a double placebo controlled, randomised study. *J. Clin. Microbiol.* 2006; 44: 4025-31.
21. Deshpande G, Rao S, Patole S. Probiotics for prevention of necrotizing enterocolitis in preterm neonates with very low birthweight: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet*, 2007 May 12; 369 (9573): 1614-20. Review.
22. Sherman MP, Bennett SH, Hwang FF, Yu C. Neonatal small bowel epithelia: enhancing anti-bacterial defense with lactoferrin and *Lactobacillus GG*. *Biometals*, 2004 Jun; 17 (3): 285-9.
23. Edde L, Hipolito RB, Hwang FF, Headon DR, Shalwitz RA, Sherman MP. Lactoferrin protects neonatal rats from gut-related systemic infection. *Amer. J. Physiol. Gastroenterol. Liver. Physiol.* 2001; 281: G1140-G1150.
24. Nichols BL, McKee, Putman M, Henry JF, Nichols VN. Human lactoferrin supplementation of infant formulas increases thymidine incorporation into the DNA of rat crypt cells. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1989; 8: 102-109.
25. Ward PP, Uribe-Luna S, Conneely OM. Lactoferrin and host defense. *Biochem. Cell. Biol.* 2002; 80: 96-102.
26. Sherman MP, Petrak K. Lactoferrin-enhanced anokis: a defense against neonatal necrotizing enterocolitis. *Med. Hypotheses*, 2005; 65 (3): 478-82.

Notizie Flash

Campagna di Promozione della Salute materno-infantile "Come nasce una mamma"

La **SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera** risponde operativamente agli obiettivi indicati nel Progetto Materno Infantile del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DM 24-4-2000). Aderisce alla Campagna di Promozione della Salute Materno-Infantile "Come nasce una mamma" lanciata da Editeam su territorio Nazionale con il pieno coinvolgimento e patrocinio della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) e della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO).

La **SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera**, presenta il manuale "**Il primo anno del bambino dalla A alla Zeta**" il cui Autore è Gianni Tomassini, Pediatra Neonatologo dell'Ospedale Cristo Re di Roma. Il manuale sarà a disposizione delle neo-mamme nei Punti Nascita o, su richiesta, dal proprio Pediatra. Per aderire alla Campagna potrete fare richiesta dei volumi a staff@editeam.it indicando il recapito della propria struttura ospedaliera o del proprio ambulatorio.

Dalla prefazione dell'Autore:

"Un nuovo manuale di puericoltura? No, meglio definirlo "un piccolo libro d'istruzioni d'uso" per i neo-genitori. Infatti nasce proprio per loro, per rispondere alle più comuni domande che da trent'anni a questa parte vengono poste quotidianamente a noi Pediatri. La particolarità sta nel fatto che gli argomenti, dal più facile al più complesso, sono presentati in ordine alfabetico per una più facile e rapida consultazione".



SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA PERINATALE



Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera



Federazione Nazionale
dei Collegi delle Ostetriche

CONSUMO DI ALCOOL E LA SINDROME FETO-ALCOOLICA

Gerardo Chirichiello *Terapia Intensiva Neonatale, Clinica Malzoni, Avellino*

L'associazione tra consumo di alcool materno durante la gravidanza e seri problemi del neonato non è nuova. Studi approfonditi sono stati eseguiti già a partire dagli anni '70 negli USA.

Nel 1968 Lemoine et al. descrive un numero di malformazioni in 127 donne affette da alcolismo cronico sorprendentemente simili a quelle descritte indipendentemente già dai greci e dai romani. E' noto che persino in Cartagine alle coppie di sposi era proibito bere nella notte delle nozze. Si definisce sindrome feto-alcoolica una costellazione di anomalie fisiche, comportamentali e cognitive.

Le più frequenti caratteristiche sono:

1. ritardo di crescita prenatale o postnatale,
2. interessamento del SNC (microcefalia, agenesia parziale del corpo calloso, ipoplasia cerebellare),
3. caratteristiche dismorfiche craniofacciali specifiche.

L'esposizione nelle fasi iniziali della gravidanza ha maggiori probabilità di provocare le caratteristiche cliniche classiche della sindrome feto-alcoolica.

Aumenta il consumo tra i teenager

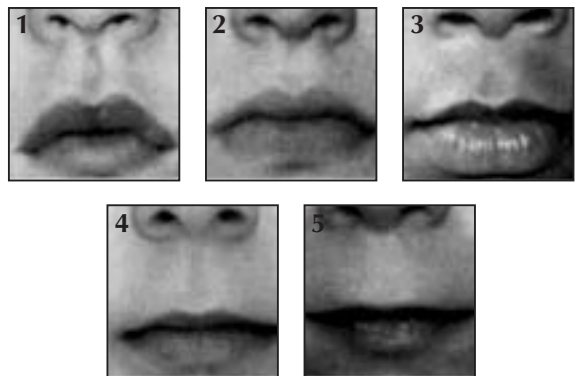
Sono sempre più numerosi gli adolescenti che consumano alcool: nel 2001 l'ISTAT ne ha contati più di 870mila di età compresa tra i 14 e i 16 anni. L'incremento maggiore si osserva tra le teenager passate dal 35,7% del 1998 al 41,6% del 2001.

Sulla base del consumo giornaliero delle diverse bevande alcoliche è stato costruito un indicatore giornaliero, espresso in unità alcoliche e distinto per sesso.

L'unità alcolica corrisponde alla quantità di alcool contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o di una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico (40 ml).

Alcuni comportamenti a rischio

Consumo di alcool fuori pasto, episodi di ubriacature concentrati in singole occasioni e consumo di alcool in età precoce rappresentano comportamenti a rischio per la salute. Chi eccede nel consumo dell'alcool spesso associa altri comportamenti a rischio, uno di questi l'abitudine al fumo.



Caratteristiche cliniche della sindrome feto-alcoolica e dei disturbi neuroevolutivi legati all'alcool

Craniofacciali

- Rima palpebrale breve
- Terzo medio della faccia appiattito
- Labbro superiore piatto
- Filtro liscio

Cardiache

- Difetti interatriali
- Difetti interventricolari
- Tetralogia di Fallot

Scheletriche

- Unghie ipoplasiche
- Brevità del quinto dito
- Clinodattilia
- Scoliosi

Crescita

- Piccolo per l'età gestazionale
- Scarso accrescimento
- Sproporzione tra peso e altezza

Sistema nervoso centrale

- Microcefalia
- Strabismo
- Agenesia parziale del corpo calloso

Sviluppo neuromotorio

- Difficoltà di apprendimento
- Prestazioni scolastiche scadenti
- Problemi di memoria, attenzione o giudizio

Comportamentali

- Scarso controllo dell'impulsività
- Iperattività
- Problemi di disciplina con ostinazione e comportamento oppositivo

**Vite segnate**

Sono soprattutto i giovani di 18-34 anni a presentare le quote più elevate di entrambi i consumi a rischio. Il picco massimo si raggiunge tra i maschi tra 20-24 anni (12,6%) e per le femmine nella classe di età precedente, 18-19 anni (13,2%).

Nessuno ha mai dimostrato che esiste un momento ideale in cui alzare il gomito senza conseguenze, ma da tempo è stato documentato che durante la gravidanza gli effetti possono essere particolarmente incisivi sulla prole, non solo nel periodo neonatale con le caratteristiche descritte nella sindrome feto alcolica ma anche nell'età adulta.

Diversi studi infatti, riportano che anche piccole quantità di alcool consumata in un'unica volta durante la gravidanza possono modificare lo sviluppo neurologico nella vita intrauterina. L'interazione tra alcool e geni può influenzare l'espressione di geni coinvolti nella costruzione del sistema nervoso e predisporre l'individuo a disordini legati all'alcool o altri tipi di dipendenze: un'équipe australiana ha verificato che anche un consumo di tre bicchieri di alcool assunto per altro in poche occasioni nell'arco di un mese, aumenta il rischio di alcolismo dei giovani figli già a 17-18 anni.

Non lasciare che l'alcool decida per te

Al di là del monito alle future mamme di evitare l'alcool visto gli effetti dimostrati sulla prole. I dati forniscono un forte sostegno all'ipotesi dell'origine biologica dell'alcolismo; altri test condotti su animali mostrano che l'esposizione all'alcool durante la vita materna aumenta e anticipa le capacità della progenie di accettare etanolo. Nella donna è stata osservata tramite ecografia una relazione di dose-risposta tra le dimensioni della corteccia corticale del feto e il consumo materno di alcool, a suggerire che le modifiche cerebrali avvengono ancor prima della nascita.

NON STUPISCE QUINDI LA GIOVANE ETÀ DEI FIGLI A CUI COMPARE IL FENOMENO



LA COMUNICAZIONE E L'INTERAZIONE DI GRUPPO IN PEDIATRIA

Lucio Annibaldi*, Luigi Annibaldi**

*Già Primario pediatria e responsabile "Area Comunicazione", A.P.O. Lazio

**Laureato in Scienze della Comunicazione

Riassunto

Gli AA., affrontano le problematiche legate ad una corretta comunicazione e ad un'adeguata interazione all'interno dei gruppi di lavoro, approfondendo l'argomento dal punto di vista delle strategie da attuare nell'ambito dei rapporti interrelazionali interni e nei confronti dell'utenza, con particolare riguardo al counselling, strumento prezioso per migliorare la relazione con i piccoli pazienti e con le famiglie, da attuare per migliorare qualitativamente le prestazioni socio-sanitarie a favore dell'età evolutiva.

E' necessario che il tema della "corretta comunicazione applicata alla pediatria", sia ulteriormente approfondito dalle prestigiose Società scientifiche come la S.I.P., dai Gruppi di studio storici come il G.S.P.O. (ed il Presidente nazionale il collega Vendemmia ne è autorevole garante) e dalle Associazioni Pediatriche consolidate come l'A.P.O.L. (Associazione Pediatri Ospedalieri del Lazio) perché sui "rapporti tra medici ed operatori" e sulla "buona comunicazione esterna" si fondano il consenso e la partecipazione sia del personale che dell'utenza, da cui dipende il successo o l'insuccesso di determinate attività, inserite in un complesso articolato di servizi, come quelli pediatrici attivati nelle strutture ospedaliere e nei consultori familiari polidisciplinari, con la prospettiva di un'ottimale continuità assistenziale integrata (Brasiello).

Ci dobbiamo rendere conto che è in gioco il futuro della Pediatria italiana, che, seppur divenuta più tecnologica, deve però, sempre e comunque, caratterizzarsi per un adeguato approccio umano e per un indispensabile spirito etico che ponga il bambino al centro dell'attenzione, con il contributo degli operatori socio-sanitari (anche se appartenenti a diverse unità organizzative ed operative, ospedaliere e territoriali, aggregate in gruppi di lavoro, ciascuno con un proprio e ben definito ruolo, Levine e Moreland). I rapporti interni e le attività previste devono basarsi sul rispetto reciproco, sulla partecipazione, ma soprattutto sulla condivisione degli obiettivi e degli interventi.

Il tema, non è nuovo; è stato affrontato già mol-

ti anni fa, ma è ancora dibattuto e non ben definibile, in quanto la correttezza nella comunicazione e nell'informazione prevede un processo complesso consistente nel trasferimento di informazioni, che possono venire codificate in varia misura, da un soggetto ad un altro - tra componenti di un gruppo di lavoro e/o tra utenti - attraverso procedure in continua evoluzione, in cui il primo passo è quello di sviluppare fiducia e stima, accompagnato dall'uso di tecniche e strumenti che accrescano le motivazioni ad apprendere (Brasiello, Dance e Larson, Givès Guisalberti).

La trasmissione di determinate informazioni deve trovare il soggetto cui sono indirizzate in un ruolo attivo perché vengano messi in atto, a loro volta, i meccanismi selettivi di percezione e di memoria. Nel campo della medicina, vi è il rifiuto inconscio dell'utente di recepire i messaggi non graditi, per cui è necessario modellarli e renderli familiari ed adattarli alle opinioni ed alle capacità intellettuali del ricevente.

I modelli comunicativi presentano tante sfaccettature da far apparire schematica ed approssimativa l'idea che la comunicazione designi genericamente ogni trasmissione di informazione mediante messaggi da un emittente ad un ricevente (Morcellini e Fatelli). Numerose sono le strategie comunicative, ecco perché Berlo propose uno sviluppo del modello in termini sociologici, rilevando l'importanza dell'ambiente culturale e del sistema sociale in cui la comunicazione si sviluppa.

Si tratta di problematiche affrontate anche dalla normativa vigente perché di elevato interesse in quanto attualmente l'intesa tra cittadino e Sistema Sanitario prevede una comunicazione efficace e l'assunzione di responsabilità reciproche, che il G.S.P.O. e l'A.P.O.L., in collaborazione con il C.O.N.A.P.O., Coordinamento Nazionale delle associazioni dei pediatri ospedalieri e con la S.I.P., potrebbero approfondire mediante giornate di studio interregionali e nazionali, non essendo ancora previsto nelle nostre università l'insegnamento obbligatorio delle scienze della comunicazione nei corsi di laurea o di specializzazione in Medicina e Chirurgia e nei corsi di laurea in Scienze infermieristiche.

L'importanza di questo argomento era sentita fin dai tempi del processo di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e degli ospedali, che coinvolgeva non solo l'abilità e la responsabilità professionale degli operatori ai vari livelli delle strutture dipartimentali, ma anche la bioetica, la deontologia professionale, la ricerca, nonché la correzione degli atteggiamenti che impedivano la partecipazione consapevole degli operatori e l'ottenimento del consenso dei pazienti previa la condivisione degli obiettivi all'interno dell'équipe, fondamentale per il miglioramento delle prestazioni, per la razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso una oculata distribuzione delle risorse e indispensabile per il raggiungimento della soddisfazione dell'utente (indicatore di qualità indiscusso).

A proposito dei rapporti all'interno di un gruppo, *Zanetti e coll.*, in "Il Medico e Management, Guida ragionata alle funzioni gestionali", affrontava negli anni '90 i temi relativi alla comunicazione interna strettamente connessi con la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e con la responsabilità organizzativa del medico dirigente. Erano inoltre focalizzati temi dirigenziali come la capacità di motivare il personale a lavorare con efficienza, il management partecipativo, la formazione e l'arricchimento professionale, ed infine il sapere ascoltare ed essere coerenti con le proprie convinzioni per adottare e mantenere comportamenti strettamente correlati con gli obiettivi da raggiungere.

Nel 2006, anno in cui alla Fondazione "Umberto Veronesi" viene affidata la direzione scientifica del Periodico settimanale "OK. La salute prima di tutto", lo stesso *Veronesi*, a proposito di comunicazione esterna nell'editoriale "Scienza e Filosofia, l'unione fa la forza", sottolineava la necessità di preparare una nuova generazione di medici e ricercatori che fossero in grado di parlare tanto di scienza quanto delle sue ricadute sulla società e sulla vita dei pazienti, per cui era fondamentale elaborare un modello che cambiasse sostanzialmente le metodologie di formazione delle nuove figure professionali e scientifiche, capaci di innovare ed inventare, ma anche di restaurare l'alleanza fra scienza e società, sempre basata sull'originario valore umanitario del progresso scientifico, che non può fare a meno della condivisione e della partecipazione di tutti i soggetti coinvolti.

Una corretta comunicazione in medicina prevede l'informazione completa e comprensibile sulla situazione clinica, ma anche sulle alternative terapeutiche e sul diritto ad un secondo parere, in grado di ottenere il pieno coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nel processo decisionale e nel conseguente iter assistenziale, superando i limiti del mero consenso, in un contesto organizzativo equanime nella distribuzione delle oppor-

tunità per la salute. Essa riveste perciò un importante ruolo, in generale ed in particolare in campo pediatrico, nel promuovere stili di vita sani, nel rafforzare (individualmente o in organizzazioni rappresentative) la capacità dei cittadini di agire positivamente sui fattori influenti sulla salute, ed infine nel facilitare l'accesso ai servizi e l'efficace fruizione degli stessi.

Le politiche socio-sanitarie devono cambiare volto e strategie ed essere improntate alla massima trasparenza (*Attili*). I rapporti, a volte conflittuali, legati anche a differenze generazionali tra colleghi e/o con il personale infermieristico, sono legati spesso alla scarsa circolazione delle informazioni e quindi ad una difettosa comunicazione, anche se essenzialmente attribuibile ad una cattiva organizzazione, ad organici scarsi, ad eccessivi carichi di lavoro, al poco tempo disponibile per decisioni diagnostico-terapeutiche da prendere tempestivamente, come succede al DEA o al Pronto soccorso, in sala operatoria o in rianimazione e in terapia intensiva, oppure quando si debbano consigliare soluzioni assistenziali importanti in grado di incidere sulla vita psicofisica del bambino, quando si tratti di patologie croniche e/o ad evoluzione letale.

Purtroppo, i servizi di guardia interna e/o di pronta disponibilità (peraltro necessari), attivati da molti anni negli ospedali, hanno ridotto la possibilità di scambiare informazioni e di cementare "il gruppo" in quanto si assiste ad una staffetta di medici e di infermieri, con il dirigente responsabile a fare da collant per informare, sui problemi e le patologie del reparto, i colleghi ed il personale che si alterna nei turni di servizio. A ciò si aggiungono i moderni processi di informatizzazione che hanno accelerato gli scambi ma ridotto le possibilità di approfondimento dei rapporti interpersonali. La staffetta è talvolta responsabile anche degli equivoci tra personale sanitario e familiari dei piccoli pazienti o delle diverse vedute su approccio e strategie diagnostico-terapeutiche da adottare.

Un altro obiettivo, perseguibile attraverso una corretta comunicazione, è quello di ridurre la possibilità degli "errori clinici", abbattendo i rischi per i pazienti, migliorando in tal modo il livello qualitativo dei servizi ospedalieri.

Recenti ricerche effettuate da alcune direzioni sanitarie, da Istituti universitari e da Centri di "risk management" indicano, tra le cause degli errori medici, i difettosi scambi di informazioni e prospettano "rimedi", da attuare con la collaborazione di tutti, pazienti compresi, che presuppongono, da parte degli operatori, onestà intellettuale e professionale, nonché grande umiltà nell'analizzare il proprio operato mediante un'autocritica serena e nell'attuare, in maniera corretta, i protocolli e le linee guida di cui ogni unità operativa ospedaliera deve oggi disporre.

Solo così riusciremo a ridurre gli errori diagnostici, la richiesta di esami inutili (e tutti noi sappiamo quanto oggi sia necessario eliminare sprechi che incidono sul deficit di una sanità sempre più in rosso, almeno in alcune regioni) e la prescrizione non appropriata dei farmaci; è fondamentale saper riconoscere gli errori commessi mediante il confronto con i colleghi, senza il timore di confessarli per paura di pregiudicare la propria immagine, che, invece, da tale atteggiamento uscirebbe rafforzata da un'accresciuta, o ritrovata, stima reciproca.

In altre parole "il percorso migliorativo dei rapporti interni" deve prevedere l'utilizzazione di strumenti comunicativi ed emozionali (tenere presente i risvolti psicologici su chi assume atteggiamenti di chiusura all'interno di un gruppo), l'adozione dei protocolli condivisi ed una maggiore attività formativa e di aggiornamento nel corso della quale deve essere sottolineata l'opportunità di parlare dei propri errori e di correggerli senza il timore del biasimo altrui in modo da evitare la diffidenza da parte degli stessi utenti. Si ridurrebbero così le negative ripercussioni medico - legali tra pazienti e operatori sanitari perché non si creerebbero barriere culturali o pregiudizi in quanto errare è umano; non si deve avere paura quando il nostro operato è improntato a sincerità ed onestà professionale.

Il miglioramento della qualità dei servizi ospedalieri deve dunque prevedere un'organizzazione in grado di coinvolgere ogni anello della filiera.

I rapporti interni devono essere improntati alla trasparenza, alla lealtà, al rispetto reciproco e all'etica professionale, allo scambio completo delle informazioni da dare nel corso di periodiche riunioni, polidisciplinari (con audit interni) per i casi o le situazioni patologiche complesse. Occorre utilizzare tecniche di comunicazione e di gestione dei gruppi che creino un clima interrelazionale favorevole atto ad evitare nel personale anche la *sindrome del burn out* da frustrazione, demotivazione, ansia, stress con conseguenti modificazioni comportamentali di tipo depressivo, consentendo a tutti i componenti di partecipare attivamente e di avanzare proposte concrete migliorative (*Andreuzzi*). Un'elevata professionalità è richiesta nel corso di azioni assistenziali globali e sinergiche dei reparti pediatrici ospedalieri altamente specializzati, azioni condivise e applicate con scrupolo nell'interesse e nel rispetto dei diritti del piccolo paziente; per questo è indispensabile un'adeguata crescita culturale di tutti gli operatori sanitari.

Anche i familiari ed i pazienti possono e devono partecipare alle attività assistenziali perché, se si vogliono migliorare i rapporti interpersonali, si deve anche dare loro la possibilità conoscere i problemi, i rischi e le difficoltà organizzative e logistiche.

Ecco perché la comunicazione deve prevedere

l'uso di strumenti sperimentati, tali da garantire i risultati e/o il successo terapeutico. Non esisterebbe reparto ospedaliero o servizio territoriale senza problemi e controversie giornaliere, se non si mantenesse un rapporto fondato sulla fiducia, sulla stima reciproca, sulla condivisione degli obiettivi e degli strumenti adatti a conseguire determinati obiettivi. Ciò vale soprattutto per i servizi integrati socio-sanitari (sempre più utilizzati in età evolutiva) in cui devono essere inseriti e coinvolti anche pediatri di libera scelta e professionisti appartenenti a discipline diverse, anche se complementari, di diversa estrazione, in cui però gli sforzi devono convergere su una reale "presa in cura" del paziente e della sua famiglia, soprattutto nel caso di patologie croniche e situazioni socio-culturali complesse.

Poiché in neonatologia ed in pediatria la comunicazione rappresenta uno strumento indispensabile per mettere in sintonia medici, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, infermieri, tecnici e familiari, riveste un ruolo importante **il counselling**, cioè la capacità di sviluppare una comunicazione che migliori la relazione con i pazienti ed i loro familiari perché si raggiunga l'autoconsapevolezza dello stato di malattia, la sua accettazione e la condivisione delle soluzioni prospettate.

Un esempio per tutti è rappresentato dai forti squilibri creati nel nostro Paese in seguito alla diversa risposta delle famiglie alle campagne vaccinali per la somministrazione di vaccini "raccomandati", legata alle differenti modalità con cui le regioni utilizzano lo strumento della comunicazione, tant'è che la copertura vaccinale è ancor oggi a pelle di leopardo, in quanto non è attuata un'omogenea ed incisiva pianificazione, nonostante la disponibilità di vaccini efficaci e sicuri.

In sintesi una buona comunicazione richiede conoscenza dei suoi presupposti teorico-pratici e tecnici, esperienza in materia, capacità di ascolto e di partecipazione, capacità comunicativa e desiderio di prendersi cura del paziente. Nelle équipe socio-sanitarie si è tutti alla pari, anche se con ruoli ben definiti, e tutti devono collaborare per raggiungere gli obiettivi prefissati. Si tratta spesso di gruppi eterogenei che devono essere aiutati a sviluppare ed a ottimizzare quotidianamente le relazioni interpersonali (*Guidi*).

Nelle attività svolte dai servizi sanitari, oggi al centro di progressi rivoluzionari a causa della sorprendente evoluzione tecnologica e del processo di informatizzazione in cui il modello operativo è fondato sull'interdisciplinarietà e sull'offerta attiva del servizio, con ripercussioni sulla qualità della salute dell'intero nucleo familiare, il percorso richiede strategie di prevenzione e promozione della salute in cui è fondamentale la *qualità della comunicazione*, perché la facilità (o libertà) di accesso non è sufficiente da sola a produrre i risultati sperati per la tendenza dei singoli operatori all'ap-

proccio individuale col singolo utente, facilitata anche dalla richiesta da parte del genitore di una semplice "prestazione terapeutica" in favore del proprio figlio (*Brasiello*).

Ecco perché rivestono un'importanza rilevante le procedure adottate dal counselor in quanto un corretto counseling consiste non soltanto nel fornire consigli e informazioni e nel persuadere, bensì anche nello scambiare informazioni e notizie in maniera corretta, ascoltando e comprendendo le persone che desiderano dare o ricevere consigli e che devono essere stimolate ad affrontare i problemi in base alle proprie abilità ed alle esperienze vissute. Il counselor esperto non deve influenzare rapporti e comportamenti elargendo consigli per evitare che l'equità nei rapporti venga meno con il coinvolgimento del paziente o del familiare, peraltro utile per avviare un processo di collaborazione, di compartecipazione e di condivisione.

Il ruolo del counselor è quello di facilitatore del rapporto interpersonale nel pieno rispetto delle risorse umane a disposizione e delle capacità professionali e di autodeterminazione degli altri, coordinando le attività dei consulenti e degli educatori, come nel caso delle attività assistenziali destinate agli adulti (genitori e familiari) sia ai soggetti in età evolutiva, da offrire con adeguati atteggiamenti e persuasività evitando di trasmettere messaggi contraddittori e stimolando momenti di confronto. La componente fondamentale del counseling è perciò la capacità d'interazione del counselor da utilizzare in base alle finalità da perseguire, tra cui il fornire sostegno ai genitori, attivare risorse all'interno della famiglia, valorizzare le capacità familiari, promuovere soluzioni che rispondano ai bisogni dei bambini nella salvaguardia del loro benessere e realizzare interventi di assistenza e consulenza (*Fossati, Novella*).

Da un punto di vista didattico, possiamo definire il counselling un "processo decisionale e di problem solving" che coinvolge counselor, operatori e pazienti nel rispetto, da parte del primo, delle capacità personali e di autodeterminazione dei secondi. Il counselling è dunque finalizzato ad una forma di mediazione tra una persona con competenze comunicative, risolutive e decisionali ed una in condizioni di disagio, di supporto e di orientamento. Da parte del counselor occorrono conoscenza e comprensione del problema con informazioni adeguate da fornire in tempi e spazi ben definiti e concordati per garantire una corretta "comunicazione", riservatezza e reperibilità (*Fossati*).

A maggior ragione, in campo pediatrico, una corretta comunicazione presuppone capacità come la comprensione empatica (relativa alla conoscenza ed alla condivisione dello stato d'animo e mentale dell'altro), la congruenza (cioè l'onestà intellettuale, la trasparenza, la coerenza tra atteggiamento intellettuale e comunicazione affettiva) per creare un'atmosfera di fiducia con l'accettazione,

da parte dei soggetti coinvolti, delle soluzioni diagnostico-terapeutiche da adottare, la capacità di praticare l'ascolto attivo (dedicando la massima attenzione ai problemi in discussione e senza pregiudizi, con impegno a risolverli, mettendosi dalla parte del paziente), la capacità di riflettere le emozioni ed i contenuti dell'altro, il linguaggio verbale e corporeo, la capacità di auto-osservazione e di auto-monitoraggio, la capacità di conduzione dell'interazione personale (*Rogers*).

L'obiettivo principale è aiutare la famiglia del piccolo paziente e gli operatori a prendere le decisioni giuste ed a svolgere le azioni utili per risolvere il problema; l'obiettivo è di ottenere un comportamento "adattativo", attraverso tre fasi: a) chiarificazione del problema e individuazione delle strategie più efficaci per la risoluzione del problema; b) sviluppo della capacità di prendere decisioni in piena autonomia; c) promozione dei processi relativi alle modalità personali di affrontare le situazioni che garantiscano l'adattamento e il superamento del disagio legato alla malattia.

Anche i *Piani socio-sanitari nazionali e regionali* perseguono strategie finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi secondo modelli organizzativi rispettosi degli standard e delle risorse disponibili nelle unità ospedaliere, con dirigenti ed operatori dalle caratteristiche professionali ed umane di accertato spessore etico-professionale, per i quali è peraltro necessaria una *formazione permanente*, prevista dalle norme vigenti.

Si deve realizzare un modello organizzativo in cui emergano comprensione dei problemi e scelte adeguate, competenze e comportamenti per attuare interventi omogenei e valutare le variabili concorrenti a definire i fabbisogni e la tipologia assistenziale da fornire in base al livello assistenziale garantito. Ciò presuppone la programmazione contestuale di politiche per il personale (organici, carichi di lavoro, investimenti finanziari), la cooperazione con le istituzioni per la responsabilizzazione di un Sistema sanitario efficiente, il superamento delle criticità in termini di domanda/offerta, uniformi politiche di formazione permanente, migliore utilizzo dell'innovazione tecnologica.

Acclarata l'insostituibile validità del ruolo della comunicazione in ambito sanitario, d'accordo con *Fattorini*, desideriamo sottolineare che il rilancio delle attività ospedaliere di neonatologia e di pediatria presuppone il potenziamento dei rapporti con i servizi territoriali, secondo processi di umanizzazione e di riqualificazione degli operatori con l'inserimento di figure professionali come il mediatore culturale, divenuta indispensabile a causa della crescente presenza nel nostro Paese di famiglie di giovani immigrati (*Baglioni*).

E' propizio il momento non solo per la S.I.P. e per le altre società scientifiche con competenze pediatriche, ma soprattutto per il G.S.P.O., di propor-

re ed approfondire anche tematiche come questa, che solo apparentemente è collaterale alle attività assistenziali vere e proprie delle Unità Operative ospedaliere pediatriche. Gli obiettivi, ancor più urgenti da raggiungere perché ne va della sopravvivenza della nostra specialità, sono quelli di promuovere il progresso scientifico e culturale degli operatori dell'intera Area pediatrica, in collaborazione con le istituzioni e con gli enti deputati alla tutela dei diritti del bambino malato, attraverso iniziative specifiche, dirette ai pediatri ospedalieri e non solo, di informazione, formazione ed aggiornamento in campo legislativo, manageriale ed organizzativo, oltre che nel campo tecnico-scientifico.

Bibliografia

Andreuzzi A, Bianchi A, Cristaldi A, Soccorsi R. "Sindrome del burn out e pediatria: analisi di un reparto". Riv. Gin. Cons. 1996; 3: 453.

Attili G. "L'interazione nei gruppi" in Introduzione alla psicologia sociale. SEAM Ed. 2001; 223.

Berlo DK. "The process of communication: an introduction to theory and practice". Holt, Rinehart & Winston, London, 1960.

Baglioni S. "La legge è da spiegare alle tante immigrate. Due mondi per lo stesso problema". Insetto Salute de "La Repubblica", 2005; 11 (472): 10.

Brasiello U. "Trenta anni di attività dei consultori familiari: le istituzioni, il medico, la continuità operativa". Atti XI Congresso Nazionale A.GI.CO, Roma, 6-7 Dicembre 2005. Riv. Gin. Cons. 2005; 17: 107.

Dance F, Larson C. "The functions of human communication: a theoretical approach". Holt, Rinehart & Winston, London, 1976.

Di Pietro P. "Un impegno partecipato per far crescere la pediatria". Editoriale del Presidente della Società Italiana di Pediatria, Area Pediatrica, 2006; 8: 5.

Fattorini G. "S.O.S. Consultori". Insetto Salute de "La Repubblica", 2005; 11 (472): 7.

Fossati A, Novella L. "Il Counselling. Definizioni generali". Collana di Comunicazione in Medicina, Pubblicazione INTERACTION, Recordati OTC, Milano, 2005.

Gives Guisalberti A. "Insegnamento: struttura e processi" in Associazione Italiana Formatori, a cura di Professione Formazione, Angeli, Milano, 1989.

Guidi A. "Più aiuto e ascolto anche nei consultori". Insetto Salute de "La Repubblica", 2003; 9 (346) 5.

Levine JM, Moreland RI. "Progress in small group research". Annual Review of Psychology, 1990; 41; 585.

Morcellini M, Fatelli G. "Le scienze della comunicazione. Modelli e percorsi disciplinari". Carocci Editore, 2000.

Rogers C. "La terapia centrata sul cliente". Feltrinelli, Firenze, 1970.

Sherif M, Harvey OJ, White BJ, Hood WR, Sherif CW. "Intergroup conflict and cooperation: the Robbers Cave experiment". Norman University Oklahoma Book Exchange, 1961.

Steiner ID. Group processes and productivity". Academic Press, New York, 1972.

TAVOLA ROTONDA su "I rapporti medico-infermieristici e la comunicazione in medicina". XII Congresso Nazionale A.P.O.L., Roma 15-16 Novembre 2006.

Veronesi U. "Scienza e filosofia, l'unione fa la forza". Editoriale su Riv. "O.K. La salute prima di tutto", 2006; II (11): 14.

Zanetti M e coll. "Il Medico e il management. Guida ragionata alle funzioni gestionali". Accademia Nazionale di Medicina, Forum Service Editore, 1996; 193.

CARO PRESIDENTE

Roberto Trunfio *Responsabile Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia A.S.L. 9, Locri (RC)*

Tempo addietro, ho letto le considerazioni del Presidente SIP su Pediatria notizie.

“Un'emergenza da affrontare subito”. Riprendo il suo invito esprimendo un mio parere sul fenomeno della migrazione degli ospedalieri verso il territorio e della crisi di vocazione delle nuove generazioni verso il lavoro ospedaliero.

Il paradosso è che esiste un numero totale di Pediatri che non dovrebbe creare alcun problema; semmai c'è da registrare che a fronte di iniziale criticità di organici ospedalieri, le graduatorie regionali dei Pediatri di famiglia sono veramente impressionanti per numero di aspiranti.

Ed allora cerchiamo di individuare i veri problemi:

- Un tempo avevamo superato l'aspetto remunerativo con una scelta ben ponderata e ben consapevole che il lavoro ospedaliero era un po' meno meno gratificante dal punto di vista economico, sicuramente più impegnativo per tanti aspetti, ma fondamentale per la crescita professionale. Con il lavoro Ospedaliero si sottoscriveva, con tutti i componenti dell'équipe, un contratto implicito di principi di reciproca convivenza e di fattiva collaborazione, principi questi non codificati, ma che sono stati sempre insiti nell'habitus professionale di una certa generazione di Pediatri Ospedalieri e del suo codice etico e professionale. Oggi tutto ciò si è smarrito.
- Si aggiungono i diritti delle lavoratrici che sottraggono risorse umane dall'attività di U.O. per circa 2 anni come si verifica per ormai tutte le gravidanze, diventate tutte a rischio, considerando, poi, la non obbligatorietà di effettuare turni di guardia notturna fino al compimento dei 3 anni del figlio. Si è sempre pericolosamente sotto organico, anche per le assenze dal servizio a titolo vario e spesso reiterate, con conseguente sovraccarico di lavoro per i soliti turnisti; tutto diventa difficile ed emotivamente usurante.
- Incidono poi i risultati prodotti dai cambiamenti di aspettativa che pazienti, governi e datori di lavoro hanno sviluppato verso i medici ospedalieri nel corso dell'ultimo decennio con l'obiettivo di contenere i costi della pratica medica.

Si è costretti a svolgere compiti per i quali non siamo stati preparati, come esercitare funzioni amministrative e contemperare costi e benefici, in un quadro di risorse limitate con ulteriore appesantimento del lavoro.

L'insoddisfazione ed il disagio si accresce per

un degrado della relazione umana con i parenti; l'irrealistica aspettativa di salute ed efficacia delle cure mediche, influenzata anche da un sempre crescente pregiudizio negativo (mass media) verso l'ospedaliero, porta ormai inevitabilmente ad un ricorso sempre più crescente di contenziosi giudiziari.

Queste sono, a mio parere, le motivazioni che incidono già da adesso e incideranno sull'inevitabile fuga verso il territorio, verso il prepensionamento degli ospedalieri e sulla crisi di vocazione delle nuove generazioni di pediatri verso il lavoro ospedaliero.

Molti sono gli aspetti che dovrebbero essere affrontati per cambiare il disamore verso il lavoro ospedaliero e l'impegno del nostro gruppo sarà quello di individuare alcuni che possano stravolgere la tendenza di questa crisi di vocazione.

Per quanto mi riguarda la penso diversamente dagli "studiosi" che affrontano tale problematica e considero l'insoddisfazione per la retribuzione economica una delle principali cause che andrebbe affrontata in modo prioritario.

Non è possibile accettare che alcune Asl del Nord paghino la somma di € 800,00. per il gettone di reperibilità a medici esterni, per carenza di organico nei reparti pediatrici, mentre per noi la stessa indennità, come pure il servizio di guardia notturna, ci venga retribuito con circa € 70,00. E allora cominciamo a dare giusto decoro alla nostra professione battendoci soprattutto per modifiche economiche sostanziali di alcune indennità come disponibilità, turno di guardia notturna e festiva, eventuale lavoro straordinario. Sono convinto che gratificati economicamente supereremo i nostri disagi mutando atteggiamento verso il nostro lavoro. Finiremmo di lamentarci della nostra condizione di ospedalieri ed economicamente soddisfatti in modo adeguato, ritroveremo tutte quelle motivazioni che ci hanno fatto scegliere l'attività ospedaliera. Ciò contribuirebbe, inoltre, a riavvicinare la nuova generazione dei Pediatri verso l'Ospedale, impedendo di assistere ad una inevitabile chiusura per inedia, soprattutto delle pediatrie periferiche.

Caro Presidente SIPO una delle nostre battaglie prioritarie sarà quindi quella di batterci per ottenere una partecipazione motivata e soddisfatta del nostro lavoro con diritto di essere retribuiti, almeno nelle indennità, in modo adeguato, come per altre categorie di lavoratori.

Distinti saluti

Locri, 03.01.2008



Futuro Prossimo / Futuro Remoto Eventi-Convegni-Congressi Pediatrici

VIII Congresso Nazionale SITIP

Torino, 6-7 giugno 2008
Segreteria Organizzativa
M.C.A. Events s.r.l.
email: info@mcaevents.org
Tel. 02 34934404

6° Congresso Nazionale SIMEUP

Trieste, 18-20 settembre 2008
Segreteria Organizzativa
Biomedica s.r.l.
email: congressosin@biomedica.net
Tel. 02 45498282

64° Congresso Nazionale SIP

Genova, 15-18 ottobre 2008
Segreteria Organizzativa
AIM Group - AIM Congress
email: sip2008@aimgroup.it
Tel. 055 233881

**XV Congresso Nazionale della Società
Italiana di Pediatria Ospedaliera (SIPO)**

**XII Congresso Internazionale:
Problematiche in Pediatria e Neonatologia**

XVI Workshop on Neonatal Nephrology

Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera
Aversa, 27-29 novembre 2008
Segreteria Organizzativa
Studio Esse - Arch. Massimiliano Santoli
www.studioesse.net
Corso Vittorio Emanuele 72
81031 Aversa
Tel. 081 8904040 Fax 081 8907169

