

Highlights dal Congresso Scientifico Nazionale di Paestum

Con questo numero speciale della Newsletter FIMP CULTURA vi proponiamo le sintesi ragionate di alcune sessioni e di alcuni workshop del Congresso Scientifico Nazionale della FIMP che si è tenuto a Paestum dal 16 al 19 ottobre scorsi.

SESSIONE VACCINI E VACCINAZIONI

Il mio Pediatra... quali vaccini mi consiglia?

Hanno condotto: Giorgio Conforti, Martino Barretta

Relatori: Paolo Bonanni, Chiara Azzari, Rocco Russo, Giancarlo Icardi

a cura di Giorgio Conforti, Coordinatore Nazionale Area Vaccini e Vaccinazioni

“Tre messaggi tre” mi raccomanda l’amico Mattia relativi alla sessione inaugurale in plenaria sui vaccini (e le vaccinazioni) che ho avuto l’onore di moderare assieme all’amico Martino Barretta, più vicino lui a casa sua (Crotone) che io alla mia (Genova). L’incarico non è facile data la presenza nella sessione di quattro relatori tutti mammasantissimi dell’argomento e mi verrebbe da rinunciare, io, prolisso nello scrivere e rispettoso di cotanti colleghi, ma altrettanto obbligato a “portare a casa” di chi, purtroppo per lui, non c’era a Paestum qualche novità o raccomandazione utile.

Comincio da Chiara (Azzari, ovviamente) che nel tema affidatole, i vaccini da zero a due anni, ha sottolineato l’attuale epidemiologia delle patologie invasive da pneumo e meningococco in particolare. Sul primo dobbiamo per il momento giocare a difesa del vaccino con il maggior numero di sieroטיפิ stante l’offensiva tutta economicistica di alcune Regioni di scendere da 13 a 10. Alcune ci hanno provato e al momento sono frenate anche

dall’opera congiunta, con altri colleghi igienisti, dei nostri rappresentanti in commissione vaccini locale. La prof. Azzari ha riportato i dati pubblicati sull’esperienza belga dove tale shift al ribasso è stata fatta con la risalita delle patologie invasive in età pediatrica precedentemente ampiamente in calo. Questione del resto nota, aggiungo io, sollevata in discussione, perché la nostra opera di informazione ai genitori, se operiamo in queste realtà “economicistiche”, non può deflettere con la fuga in un inopportuno, per la salute del bambino ma anche in relazione alla nostra tutela: “alla ASL hanno quello”.

Poi allo scranno è salito l’amico Pediatra Rocco Russo con tema i vaccini *over due* e *under dieci*.

Ho scelto come messaggio (suo) da portarvi (io) a casa quanto sia importante confermare la vaccinazione anti MPRV stante l’epidemiologia un po’ vergognosa italiana che denuncia a oggi oltre 2.000 casi di morbillo (il che vuol dire moltiplicare x 5 almeno la reale consistenza) di cui (vergogna ancor più vergognosa) circa il 15% in operatori sanitari. Sottolineo che scrivere MPRV non è un refuso, è MPRV varicella, patologia, quest’ultima, non banale: accenno in tal senso che nell’ultima esperienza (quasi penultima perché a febbraio ripartiamo da Torino passando per Bologna e finendo a Napoli), vaccinando su e giù per lo Stivale, la dottoressa Marta Bertamino del Gaslini di Genova relazionò sui casi (ormai oltre 150 in Italia) di ictus pediatrici di cui un terzo dovuti appunto alla malattia dalle “innocue” bollicine. E tanto per sottolineare ancor più quanto il nuovo Calendario per la Vita indica, rimarco qualche numerico caso di ictus pediatrico in bambini vaccinati con UNA dose, da cui la raccomandazione a completare le due dosi di MPRV prima senza aspettare la canonica età dei 6 anni.

Infine, *amarus in fundo*, il prof. Icardi nella sua relazione sui vaccini over 10 anni ha desolatamente indicato nelle coperture nazionali per HPV il punto più critico.

I perché sono in letteratura, molteplici e variegati, ma non ho spazio qua per approfondire preferendo riportare cosa si può fare per tirar su le coperture sia femminili che maschili: formazione multiprofessionale indispensabile in un'età in cui incidono più competenze, ginecologo compreso, ma anche pazienza, ascolto e utilizzo di ogni accesso per ritornare sul tema se non accolto prima.

Concludo con un ultimo messaggio che vale per i vaccini come per tutte le nostre incombenze assistenziali: passare dalla medicina di attesa (tipica del MMG

che infatti sta annaspando) a quella di iniziativa, asso di briscola per lavorare meglio e forse anche meno. La tecnologia, che i software gestionali possono offrirci, va sfruttata anche per la chiamata attiva per i bilanci di salute previsti nei nostri ACN e ACR – per inciso spesso corrispondenti alle sedute vaccinali per età – e soprattutto anche per i recuperi degli inadempienti più o meno smemorati.

Del resto sono i genitori stessi dei nostri pazienti a cercare già di imporci queste modalità di comunicazione (WA, SMS, mail). Conviene a questo punto governare noi tale percorso piuttosto che subirlo, e sfruttarlo per le migliori evidenze assistenziali, compresa la comunicazione con i nostri adolescenti, perché diventino, loro, i protagonisti della loro salute.

SESSIONE BUONE PRATICHE CLINICHE Consensus, Linee Guida e nuovo Sistema Nazionale Linee Guida

Hanno condotto: Luciano Basile, Giampietro Chiamenti

Relatori: Roberto Buzzetti, Primiano Iannone

A cura di Luciano Basile, Segretario Nazionale alle Attività Assicurative e Previdenziali

La legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco), nella progressiva applicazione dei suoi vari aspetti normativi, sta andando a modificare profondamente l'approccio della classe medica alla professione. Il processo di diffusione delle buone pratiche clinico assistenziali, come tutti i processi di diffusione delle innovazioni, necessita di tempi lunghi, a volte lunghissimi, non foss'altro per la refrattarietà dei singoli ad abbandonare le rassicuranti pratiche "tradizionali". In questo senso la legge 24 può funzionare da acceleratore di quel processo di diffusione delle buone pratiche che è comunque, e fortunatamente, in atto già da anni.

La legge 24, però, al fine di collegare l'adozione delle linee guida e, "in mancanza di queste" e quindi in subordine, l'adozione delle buone pratiche a una maggiore benevolenza giuridica nell'ambito della

responsabilità professionale, finisce per confinare le linee guida da adottarsi, "salvo la specificità del caso concreto", in una particolare pagina del sito dell'ISS, quella del SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida), con il prevedibile risultato che, a oltre due anni dall'emissione, alla pagina suddetta, sono ben poche le linee guida pubblicate. E non poteva essere diversamente, visto il tempo necessario alla produzione e alla revisione di queste da parte delle oltre 450, mediamente poco attive, competitive piuttosto che cooperative, Società Scientifiche accreditate presso il Ministero, e viste anche, e soprattutto, le poche risorse umane e finanziarie a disposizione dell'ufficio preposto, il CNEC (Centro Nazionale di Eccellenza Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure).

D'altra parte le "consensus" elaborate da gruppi di esperti, attraverso la valutazione e la revisione della letteratura scientifica più recente, definiscono lo stato dell'arte su specifici problemi assistenziali, forniscono raccomandazioni sulla pratica clinica e indicazioni per lo sviluppo della ricerca e, benché di minore valenza giuridica, ben potranno sopperire alla carenza di linee guida autorevoli, aggiornate e pubblicate "a norma di legge", avendo come scopo il raggiungere, in tempi brevi, ma comunque attraverso un percorso

formale, un accordo all'interno di un gruppo riconosciuto e credibile di esperti, anche e soprattutto su argomenti controversi. La FIMP, già da qualche anno, si

sta muovendo in questo contesto, più pratico, veloce e snello, al fine di diffondere le buone pratiche nella pediatria territoriale.

SESSIONE ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE - OBESITÀ È proprio inevitabile? I determinati modificabili

Hanno condotto: Adima Lamborghini, Valdo Flori

Relatori: Rita Tanas, Claudio Maffei

A cura di Adima Lamborghini, Coordinatore Nazionale Area Alimentazione e Nutrizione

Tra i principali attori della prevenzione dell'obesità, i pediatri hanno un ruolo fondamentale. In primo luogo uno dei compiti del Pediatra di famiglia è sostenere i genitori nel prolungare il più possibile, sicuramente almeno fino al 6° mese, l'allattamento al seno. Si tratta di un approccio dimostratosi efficace e con il miglior rapporto costo-beneficio. Al Pediatra spetta incoraggiarlo fornendo al contempo una serie di specifici suggerimenti, come non utilizzare mai il cibo con funzione di ricompensa, favorire l'autoregolazione del bambino, controllare, limitandolo, l'uso di TV e dispositivi digitali, svolgere attività fisica quotidiana il più possibile insieme al bambino. In questa fase il Pediatra deve anche offrire indicazioni nutrizionali per evitare i principali errori alimentari, tra cui l'eccessivo *intake* proteico, la colazione inadeguata, l'eccessiva sedentarietà rispetto alla quantità di nutrienti assunti, l'assunzione di abitudini non salutari come l'uso di snack fuori-pasto e di bevande zuccherate.

Compito dei pediatri nella sorveglianza e nella prevenzione è intercettare le variazioni dell'accrescimento staturponderale nei periodi critici per lo sviluppo di obesità in età adolescenziale e adulta. I bambini dovrebbero essere valutati almeno una volta all'anno, anche due volte nel momento critico per l'*adiposity rebound precoce* (prima dei 5-6 anni), e contemporaneamente

ai genitori dovrebbero essere offerti gli elementi per favorire lo sviluppo di corrette abitudini alimentari. Questo tipo di intervento, ripetuto in occasione dei Bilanci di Salute, è in grado di individuare il momento in cui i genitori, consapevoli del rischio correlato all'obesità, sono più favorevoli al cambiamento. La motivazione al cambiamento è elemento essenziale dell'approccio al problema obesità, dove occorre fornire indicazioni e suggerimenti praticabili, realizzabili e, soprattutto, alla portata di quella famiglia e di quel bambino/ragazzo. Suggestire interventi o obiettivi troppo lontani dalla possibilità di realizzazione espone a un'elevata probabilità di insuccesso, aumentando la sofferenza indotta dalla bassa autostima, dalla percezione del divario tra peso reale e peso ideale, da senso di passività e depressione. Ricordiamo che gli obesi sono più esposti a episodi di bullismo, minore performance scolastica, ansia e depressione.

L'obesità è fattore di rischio per numerose comorbidità che proseguono in età adulta, in particolare la sindrome metabolica, attualmente stimata nel 30% circa dei soggetti obesi. L'aumento della prevalenza dell'obesità è andato di pari passo con l'incremento di soggetti con ipertensione e diabete tipo 2. La visita pediatrica dei soggetti con eccesso ponderale dovrebbe pertanto sempre essere completata dalla misurazione della circonferenza addominale e dalla valutazione della pressione arteriosa, da confrontare con le apposite tabelle, oltre che dal calcolo del BMI o, ancora meglio, dal BMI Z-score. Quest'ultimo, che esprime lo scostamento dalla media in deviazioni standard, è un indice più accurato del solo BMI per la valutazione della crescita e soprattutto dell'eventuale variazione durante un intervento terapeutico.

SESSIONE ANDROLOGIA

Siamo sicuri che non riguardi il Pediatra?

Hanno condotto: Marta Betta, Rosalba Leuzzi

Relatori: Silvano Bertelloni, Rossella Cannarella

A cura di Marta Betta, Segretario Provinciale FIMP, Trento

Nella sessione dedicata all'Andrologia pediatrica il dott. Silvano Bertelloni, endocrinologo Pediatra, ha sottolineato l'importanza del ruolo del Pediatra di famiglia per la sorveglianza dello sviluppo dell'apparato genitale maschile, verificando nel tempo la sede e la dimensione dei testicoli e inviando precocemente ai chirurghi la patologia più frequente, il criptorchidismo, da operare entro i 9-12 mesi. Nel caso di bilateralità di criptorchidismo la percentuale di rischio di infertilità è maggiore e il *follow-up* deve essere frequente anche avvalendosi dell'ecografia a 10 anni. Infatti, il volume testicolare misurato manualmente e con l'orchidometro può essere sovrastimato rispetto a un accurato controllo ecografico. Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo puberale il primo segno di pubertà maschile è l'ingrandimento del volume testicolare, che inizia a essere di 4 ml, e prosegue fino ai 20-25 dell'età adulta. L'aumento del volume è indotto dalle cellule del Sertoli, responsabili della spermatogenesi, mentre la secrezione di testosterone dalle cellule di Leydig, che contribuiscono poco o nulla alle dimensioni delle gonadi. È un parametro importante per valutare esordio e progressione della pubertà ed è marcatore di disfunzione delle cellule del Sertoli e di sindromi genetiche come quella di Klinefelter. Nel caso di testicoli sotto i 4 ml, primo segnale ad esempio di un ipogonadismo ipogonadotropo, è utile far eseguire anche una valutazione genetica con esame del cariotipo. Altra patologia da intercettare

è il varicocele che colpisce il 10-20% dei ragazzi e il Pediatra deve eseguire la palpazione testicolare verso i 10 anni in concomitanza con la manovra di Valsalva. L'incremento del volume testicolare e della presenza di varici può però anche essere transitorio, dovuto principalmente all'iperafflusso venoso, per poi regredire verso i 18 anni. Nel bilancio di salute degli 11-13 anni il Pediatra può e deve parlare direttamente all'adolescente insegnando la manovra dell'autopalpazione testicolare. Attualmente purtroppo vi è una zona grigia nell'assistenza nell'età di transizione 14-18 anni, periodo fondamentale per lo sviluppo genitale maschile, durante il quale il ruolo del Pediatra è anche quello di rispondere a dubbi e preoccupazioni e di informare su stili e abitudini di vita che possono influenzare la salute riproduttiva. La dott.ssa Rossella Cannarella, androloga, ha confermato il ruolo del Pediatra di famiglia nell'identificare precocemente disfunzioni andrologiche in grado di mettere in pericolo la capacità riproduttiva del maschio adulto. Le cellule di Sertoli, principale componente cellulare testicolare in epoca prepuberale, secernono ormone antimülleriano (AMH) sotto stimolo del FSH e inibina B. Il testosterone alla fine della pubertà riduce la secrezione di AMH. Il controllo del volume testicolare e insieme quello dei valori di AMH durante la fase di transizione puberale possono essere utili indicatori di ipogonadismo. Inoltre, il Pediatra deve sorvegliare disfunzioni andrologiche che potrebbero essere indicatori di ipogonadismo come criptorchidismo, micropene, ipoglicemia protratta e fattori di comobirdità quali il varicocele, l'obesità, il diabete e l'ipotiroidismo. Questi casi potrebbero essere selezionati e valutati dal punto di vista sierologico ormonale (AMH e inibina 1) al fine di una possibile crioconservazione del liquido seminale a 18 anni con l'obiettivo di preservare la fertilità futura del singolo.

SESSIONE MALATTIE RARE

Progetto Peter Pan per il riconoscimento precoce delle malattie neuromuscolari nello studio del Pediatra di famiglia

Hanno condotto: Giuseppina Annichiarico, Giuseppe Vella

Relatori: Carmelo Rachele, Emilio Albamonte, Luca Genovese

A cura di Giuseppina Annichiarico, Pediatra di famiglia, Coordinatrice Nazionale Gruppo di Studio FIMP Malattie Rare

Il Congresso Nazionale FIMP di Paestum segna un passo fondamentale nell'evoluzione della cura dei bambini con malattia rara e cronica in Italia.

Il Progetto Peter Pan sancisce la collaborazione con *Parent Project*, associazione di malati e famiglie con distrofia muscolare che nasce dall'alleanza e dall'antico e consolidato rapporto di fiducia che il Pediatra in Italia ha con la famiglia del bambino malato raro e cronico sin dal momento del sospetto di diagnosi. Il progetto avvia e rinforza l'impegno che FIMP assume nella relazione con le istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Tavolo Interregionale Malattie Rare della Conferenza degli Assessori alla Salute delle Regioni italiane) a sostegno della formazione dei propri associati e con un triplice obiettivo: riduzione del tempo di diagnosi, orientamento nella rete nazionale malattie rare e sostegno alla *care* dopo il ritorno a casa grazie al processo di innovazione e promozione della conoscenza che la Federazione intende assumere.

Dal Congresso Scientifico Nazionale FIMP 2019 nasce la consapevolezza del fatto che le malattie rare sono causa dei 2/3 della mortalità infantile e di metà di quella al di sotto dei 18 anni. Nonostante questi

dati impressionanti di mortalità, è nel lungo decorso delle malattie rare, e nella spesso gravissima disabilità e lunga fase di dipendenza assoluta, cronicità e terminalità che esse determinano, che si esprime il massimo del danno da esse generate. Infatti, in oltre il 40% dei casi di malattie rare è necessario utilizzare programmi riabilitativi sia intensivi che estensivi di lunga durata; una percentuale rilevante di bambini malati, che può arrivare fino all'80% dei casi nella SMA, nella Distrofia Muscolare ecc., richiede assistenza domiciliare integrata di alta complessità e intensità, mentre circa il 10% degli affetti da malattia rara presentano una lunga fase terminale che richiede specifiche cure palliative. Sono circa 30.000 i bambini in Italia che soffrono di "dolore" e l'80-85% di essi soffre di malattie rare e croniche. Nel 2010 è stata emanata la legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". La FIMP sosterrà i propri pediatri nel ruolo di snodo tra rete malattie rare e rete cure palliative.

I due workshop interattivi hanno prodotto ulteriore consapevolezza del ruolo che il Pediatra di famiglia svolge a supporto dei fratellini del bambino malato. L'ansia della morte, le turbe della personalità derivabili dalla ridotta attenzione offerta dai genitori ai fratellini dei bambini ammalati dal punto di vista del gioco e delle cure in generale sono elementi che solo i pediatri di famiglia possono intercettare nella filiera dei nodi di assistenza di Sanità Pubblica. E anche in questi casi, come ha scritto il Presidente Biasci: "i Bilanci di Salute sono una grande opportunità per i bambini per individuare correttamente e con le giuste tempistiche importanti problemi di salute".

TAVOLA ROTONDA

Cosa possiamo dire a Greta?

Attività collaborative di FIMP per l'ambiente

Hanno condotto: Mattia Doria, Ivano Iavarone

Relatori: Stefania Russo, Mara Tommasi, Vitalia Murgia, Maria Luisa Scattoni, Luca Lucentini, Maria Rosaria Milana, Roberto Romizi

Durante la tavola rotonda sono stati presentati i tre nuovi poster realizzati, in collaborazione con i consulenti dell'Istituto Superiore di Sanità, dal gruppo di lavoro di Area Ambiente e Salute della FIMP. Il Presidente dell'ISS, prof. Silvio Brusaferrò, che ha apprezzato i poster e ne ha condiviso i contenuti, ha concesso a FIMP il patrocinio di cui vengono di seguito presentati i razionali e i contenuti fondamentali.

POSTER sull'utilizzo delle PLASTICHE (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Mara Tommasi)

La prima parte del poster sottolinea l'entità del problema e il fatto che nell'ambiente la plastica, entrando nel ciclo biologico, viene mangiata, respirata, assorbita, perciò alcune sostanze presenti nella plastica possono rappresentare un danno per la salute (ftalati - interferenti endocrini, bisfenolo - interferente endocrino e neurotossico, contaminanti associati: pesticidi, metalli pesanti ecc.).

Nella seconda parte vengono proposti i suggerimenti pratici su ciò che ciascuno di noi può fare al riguardo con l'obiettivo principale di migliorare i comportamenti delle famiglie dei bambini che assistiamo. Questi messaggi possono essere più efficaci in occasione di alcuni bilanci di salute: nei primi mesi con consigli sui pannolini lavabili, sulle fibre naturali ecc., poi nel momento del passaggio all'alimentazione complementare con suggerimenti sulla corretta gestione degli alimenti, delle stoviglie e degli oggetti di uso quotidiano. Queste raccomandazioni possono essere rinforzate in occasione di altri bilanci, ad esempio a bambino in età scolare è opportuno parlare delle merendine confezionate, dell'uso di una borraccia al posto delle bottigliette di plastica ecc. Viene raccomandato, infine, il corretto smaltimento dei rifiuti.

POSTER sull'utilizzo e il consumo dell'ACQUA (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Vitalia Murgia)

Il poster su l'acqua, l'oro blu del futuro, si propone di veicolare alcuni messaggi fondamentali, che sono definiti nella prima parte introduttiva:

- l'acqua è una risorsa indispensabile alla vita e limitata (solo lo 0,6% dell'acqua presente sul pianeta è disponibile per l'uso umano), pertanto non va sprecata;
- l'acqua non va contaminata;
- l'acqua del rubinetto, dei tanti acquedotti italiani è buona, sicura e controllata e può essere usata anche per il bambino.

Alla prima sezione introduttiva fanno seguito tre sezioni, ciascuna delle quali suggerisce dei comportamenti da tenere nella pratica quotidiana, applicabili da tutti senza particolari sacrifici, per favorire un minore spreco d'acqua, una riduzione della sua contaminazione e il suo recupero e riutilizzo regolare. I messaggi che il poster veicola possono essere trasmessi ai genitori in diversi momenti di incontro, e in maniera privilegiata nei vari bilanci di salute, soprattutto in occasione dei consigli relativi all'alimentazione del bambino, alle norme igieniche e all'utilizzo di prodotti per la cura delle persone, e per quanto riguarda lo smaltimento corretto dei farmaci in ogni occasione di prescrizione. Alcuni dei piccoli passi virtuosi: preferire la doccia al bagno (risparmio di circa 40 litri di acqua per volta), stare sotto la doccia non più di 4 minuti, tenere il rubinetto chiuso durante il lavaggio dei denti e mentre ci si insapona sotto la doccia; per il riuso e il recupero si può riutilizzare l'acqua di lavaggio delle verdure e della frutta per innaffiare le piante e si può raccogliere l'acqua piovana e utilizzarla per innaffiare e per lavare la macchina. Lo slogan è: RISPARMIAMO E RISPETTIAMO IL NOSTRO ORO BLU.

POSTER sul tema dell'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Stefania Russo)

Il consumo energetico è il principale responsabile delle emissioni di gas a effetto serra dovute alla combustione di fonti fossili che ancora oggi rappresentano la

quota maggiore utilizzabile per la produzione di energia. I dati ISPRA 2018 riportano il settore energetico come responsabile dell'81% delle emissioni di gas a effetto serra dovute alla combustione di fonti fossili. Sono gravi le conseguenze per il clima e per la salute soprattutto dei bambini principale bersaglio. Appare chiaro che imparare a gestire il fenomeno può contribuire a migliorare il rischio salute a esso collegato. Come intervenire? Puntando sulla crescita culturale delle famiglie in termini di prevenzione del rischio attraverso l'assunzione di stili di vita virtuosi, rispetto delle regole e messa in atto di correttivi adeguati. Quindi, non solo risparmio ma soprattutto efficienza anche in considerazione della vita "comoda" a cui siamo abituati. Ottimizzazione del consumo a parità di prestazione attraverso l'impiego di tecnologie avanzate soprattutto sostenibili. Gli interventi di efficienza devono tene-

re conto della qualità dell'aria che respiriamo negli ambienti confinati, le leggi attuali sull'efficientamento puntano soprattutto sull'isolamento dell'abitazione, riducendo la ventilazione con gravi conseguenze per la salute. È necessario spingere l'attenzione verso soluzioni più idonee: energie rinnovabili, produzione di acqua calda a emissione zero, fornitore elettrico 100% green, sistemi di aspirazione e purificatori dell'aria. Da dove cominciare? Da dove si consuma di più. Tre i settori principali: ABITAZIONE - MOBILITÀ - ALIMENTAZIONE. Nei riquadri del poster ci sono i consigli utili da riportare anche in occasione dei bilanci di salute dedicati sia per i genitori che per i bambini più grandi. Il rispetto dell'ambiente va a braccetto con una maggiore consapevolezza dell'uso che si fa dell'energia, partendo soprattutto dai più piccoli, germe delle generazioni future.

WORKSHOP NEUROCHIRURGIA-PLAGIOCEFALIE Parola d'ordine "back to sleep, tummy to play"

Ha condotto: Antonino Gulino

Relatore: Lorenzo Genitori

A cura di Antonino Gulino, Segreteria Scientifica Nazionale

Negli ultimi anni si è assistito a un incremento delle osservazioni delle asimmetrie craniali. Le asimmetrie del cranio possono essere già presenti alla nascita a causa di fattori di compressione meccanica uterina come ad esempio avviene nei parti gemellari o dopo applicazione di forcipe o ventosa ostetrica oppure possono svilupparsi nei primi mesi di vita. I nati pretermine in particolare sono sottoposti a ventilazione meccanica assistita per lunghi periodi e sviluppano di frequente un'asimmetria occipitale per azione delle forze gravitazionali. La plagiocefalia posizionale (PP) è l'asimmetria della postura di più frequente riscontro. Nel primo Bilancio di Salute, il Pediatra deve valutare la testa del bambino anteriormente, posteriormente e dall'alto, osservando il posizionamento del padiglione auricolare e in parti-

colare la presenza di una sovrapposizione ossea in prossimità di una sutura.

Primo messaggio

La sovrapposizione ossea o "cresta" può essere il primo "alert" di una craniostenosi, una malattia fortunatamente rara determinata dalla saldatura precoce delle suture della testa e che causa una modificazione piuttosto evidente nella morfologia del cranio; la crescita del cervello infatti preme sulle suture ancora non saldate modificando visibilmente l'aspetto della testa. Esistono diverse forme di craniostenosi, che dipendono da quali suture si sono saldate precocemente. La scafocefalia o sinostosi sagittale è la più comune. Il bambino è macrocranico e presenta una "cresta" sagittale palpabile dalla fontanella bregmatica all'inion. La plagiocefalia (cranio obliquo) può essere anteriore, se la sinostosi riguarda la sutura coronarica, posteriore se interessa la lambdoidea. La plagiocefalia posteriore va differenziata accuratamente dalle forme posizionali le quali sono in progressivo aumento. La diagnosi differenziale si può già fare osservando la forma del capo dall'alto:

- la forma sinostotica presenta un aspetto trapezoidale del capo con una protuberanza frontale contro-

laterale e normoposizione o dislocazione posteriore dell'orecchio ipsilaterale;

- la forma posizionale presenta un aspetto a parallelepipedo con protuberanza frontale ipsilaterale e piattismo controlaterale, dislocazione anteriore di orecchio e mastoide ipsilaterale.

Secondo messaggio

La diagnosi ispettiva può essere confermata facilmente dall'esame ecografico delle suture craniche. Le immagini e il referto ecografico permettono di distinguere:

- una craniosinostosi suturale o di origine sinostotica, anche detta craniosinostosi, in quanto è presente una saldatura/fusione precoce di una o più suture craniche;
- una deformità funzionale, non vi è coinvolgimento di patologia suturale come nel caso della PP.

Quindi il Pediatra può consapevolmente decidere se affidare il proprio paziente al neurochirurgo o avviare un trattamento medico conservativo.

Ricordiamo che la chiusura o il non apprezzamento della fontanella bregmatica non è mai sintomo rivelatore di una craniosinostosi.

La PP è una condizione comune presente in circa il 20% dei bambini nei primi mesi di vita. Nell'ultimo decennio si è assistito all'incremento delle diagnosi di PP. Molto probabilmente questo fenomeno è da mettere in relazione con la pubblicazione, effettuata nel 1992, delle linee guida dell'*American Academy of Pediatrics* riguardo la prevenzione della *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS), linee guida che raccomandano la posizione supina durante il sonno per tutti i neonati. L'adesione dei genitori a queste indicazioni ha favorito la drastica riduzione dei casi di SIDS (40%) e, in concomitanza, l'aumento dei casi di anomalie craniali. Nel 1996, l'AAP ha infatti modificato le sue raccomandazioni, sottolineando l'importanza di un certo tempo di gioco in posizione prona mentre il

bambino è sveglio e in presenza di un adulto per migliorare lo sviluppo psicomotorio e prevenire la testa piatta. In questo contesto ha cambiato il proprio slogan per i genitori: "Back to sleep, tummy to play".

Terzo messaggio

In caso di PP è indispensabile avviare precocemente un trattamento conservativo che preveda di:

- incoraggiare la posizione prona o sul fianco del bambino (supervisione adulti) quando sveglio più volte al giorno;
- alternare la posizione del capo durante il sonno;
- evitare posizioni prolungate e ripetitive (ad es. seggiolini per auto, passeggini, altalene per bimbi);
- cambiare regolarmente la posizione della culla nella stanza e dei giocattoli intorno;
- alternare la posizione durante l'allattamento;
- se necessario, trattamento con fisioterapia o osteopatia dell'eventuale torcicollo.

Frank A. Viktor ha analizzato in uno studio oltre 4.300 bambini affetti da PP. È emerso che nella maggior parte dei casi il problema è stato risolto con il solo trattamento conservativo.

Quarto messaggio

Il trattamento conservativo necessita del coinvolgimento dei genitori e di una informazione medica chiara e tempestiva. Cause di fallimento sono certamente l'età avanzata del neonato al momento di intraprendere la terapia, la gravità della deformazione e la presenza di torcicollo congenito.

L'utilizzo del caschetto, un elmetto ortopedico, molto morbido e soffice, in grado di correggere gradualmente il difetto riportando le ossa nella loro forma originale, può essere consigliato, ma non c'è in letteratura un consenso unanime. Le implicazioni al suo uso sono esclusivamente estetiche e il Pediatra deve considerare l'impegno economico e di tempo delle famiglie prima di consigliare questo presidio.

WORKSHOP OTITE MEDIA ACUTA

Conferme e novità: la nuova linea guida dell'OMA

Ha condotto: Paolo Becherucci

Relatori: Mattia Doria, Elena Chiappini

A cura di Paolo Becherucci, Pediatra di famiglia e Presidente SICuPP

Durante il workshop si sono affrontati alcuni aspetti delle nuove linee guida sull'otite media acuta (OMA), pubblicate nel 2019: in particolare la diagnosi e la terapia; non si è invece affrontata la prevenzione.

Fare una corretta diagnosi rappresenta il prerequisito imprescindibile: la **diagnosi** di OMA deve essere effettuata in presenza del riscontro contemporaneo di: 1) sintomatologia insorta acutamente nelle 48 ore precedenti; 2) membrana timpanica con segni evidenti di flogosi; 3) presenza di essudato nella cassa timpanica. Anche la sola presenza di otorrea, non secondaria a otite esterna, con membrana timpanica perforata spontaneamente, deve essere considerata di per sé segno obiettivo certo di OMA. E quindi è raccomandata una **visualizzazione completa della membrana timpanica**, con un canale uditivo esterno libero da cerume o corpi estranei. Per effettuare diagnosi di OMA è raccomandata la **ricerca di eventuale essudato** nell'orecchio medio. Lo strumento ottimale è l'**otoscopio pneumatico** corredato di una fonte luminosa adeguata e di uno speculum delle dimensioni adatte alle caratteristiche anatomiche del CUE del bambino e non colorato. Durante il workshop si è proposto, anche con esempi pratici, e discusso uno **score per la valutazione della gravità** (Tab. I): questo è importante, insieme all'età e alla mono o bilateralità, per decidere se utilizzare sin da subito l'antibiotico o preferire una vigile attesa (Tab. II).

In sintesi, possiamo dire che **sotto i due anni di vita** e nei bambini con **otorrea, complicanze intracraniche** o storia di **ricorrenza** è raccomandata la terapia antibiotica immediata, in caso contrario si valuteranno, appunto, gravità e bilateralità.

Per quanto riguarda i presidi terapeutici, gli **antidolorifici per via sistemica** sono fortemente raccomandati: in tutti i casi, sia che si intraprenda la strategia della

TABELLA I.

Score italiano gravità episodio OMA. L'episodio OMA viene definito grave in caso di punteggio allo score ≥ 4 .

<i>Temperatura corporea ascellare:</i>	
< 38,0°C	0
38,0-38,9°C	1
$\geq 39,0^\circ\text{C}$	2
<i>Compromissione condizioni generali:</i>	
assente	0
presente	4
<i>Otalgia:</i>	
lieve/moderata	0
intensa e/o pianto inconsolabile	2
<i>Iperemia della MT:</i>	
lieve/moderata	0
intensa	2
<i>Estroflessione della MT:</i>	
lieve/moderata	1
marcata	4

MT: membrana timpanica.

vigile attesa sia che si prescriva la terapia antibiotica immediata.

L'antibiotico di prima linea raccomandato è l'**amoxicillina ad alte dosi** (80-90 mg/kg/die) **divisa in 3 somministrazioni** e l'amoxicillina + acido clavulanico (80-90 mg/kg/die calcolata su amoxicillina) in coloro che presentano un elevato rischio di patogeni resistenti. Questi ultimi sono: bambini che abbiano assunto terapia antibiotica nei 30 giorni precedenti, quelli con sintomi gravi e/o congiuntivite purulenta o con storia di OMA ricorrente non responsiva ad amoxicillina oppure otorrea da perforazione spontanea; altre situazioni sono: frequenza di comunità infantile, mancata vaccinazione antipneumococcica, provenienza da aree geografiche con elevata prevalenza di isolamento di batteri resistenti).

Diversamente dagli USA, dove è disponibile l'associazione amoxicillina + acido clavulanico nella proporzione 14:1, in Italia è disponibile l'associazione amoxicillina + acido clavulanico nella proporzione 7:1 (1 ml = 80 mg amoxicillina + 11,7 mg acido clavulanico): tale concentrazione di acido clavulanico predispone a un maggior rischio di effetti collaterali di tipo gastrointestinale quando il farma-

TABELLA II.

Sintesi strategia terapeutica OMA per fasce d'età e in base alla gravità dell'episodio con relativa forza di raccomandazione.

Lateralità	Bilaterale		Monolaterale	
	Grave	Lieve	Grave	Lieve
Età < 6 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)			
Età 6-24 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva debole)
Età > 24 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Attesa vigile (raccomandazione positiva forte)	Attesa vigile (raccomandazione positiva debole)	Attesa vigile (raccomandazione positiva forte)

co venga utilizzato alla dose raccomandata di 80-90 mg/kg/die di amoxicillina. Per evitare gli effetti collaterali dell'acido clavulanico, risulta più ragionevole somministrare una dose standard della for-

mula di amoxicillina + acido clavulanico (7:1) in combinazione con una adeguata integrazione di amoxicillina semplice fino al raggiungimento della dose desiderata.

WORKSHOP PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI (E NON)

Ha condotto: Francesco Carlomagno

Relatori: Domenico Careddu, Lucia Peccarisi

A cura di Francesco Carlomagno, Pediatra di famiglia, Napoli

Il confronto è servito per confermare che **l'ambiente domestico, ritenuto per l'infanzia un luogo sicuro, nasconde insidie e pericoli** e che i genitori vanno istruiti sulla prevenzione e sull'eliminazione del rischio, quando possibile. Nel caso si debba effettuare comunque terapia, **l'intervento ambulatoriale del Pediatra di famiglia, attraverso la somministrazione di farmaci in alcuni casi di uso comune nella pratica clinica, può risultare decisivo** per un numero rilevante di intossicazioni e avvelenamenti nell'impedire, alle sostanze introdotte di essere assorbite oppure nel ritardarne l'assorbimento e indirizzare in ambiente ospedaliero pazienti con maggiori garanzie di successo terapeutico. Tutto deve avvenire nella prima ora dal contatto con il tossico perché il risultato abbia la massima efficacia

(*golden hour*). È così che farmaci come il simeticone, il sucralfato e il carbone vegetale attivato diventano fondamentali nelle terapie specifiche del caso. Possiamo quindi portarci nella pratica clinica **tre messaggi terapeutici e preventivi allo stesso tempo**, perché in grado di prevenire le sequele con un intervento precoce.

- **Sucralfato:** da utilizzare come primo intervento in caso di ingestione di irritanti intestinali, come le candeggine a pH intermedio (esempio 8-10) o come intervento temporaneo nel caso di ingestione di acidi, prima dell'invio in pronto soccorso. Questo intervento contribuisce a un primo tamponamento gastrico e al contrario dei bicarbonati non inquina il campo esofago-gastrico in caso di interventi di esofago-gastroscofia.
- **Simeticone:** si utilizza nell'ingestione di schiumogeni, come detersivi per piatti o per panni. In commercio ne esistono due formulazioni, a base oleosa e a base acquosa. L'effetto è di disgregazione della schiuma che si crea nelle vie digestive e che può dare disturbi intestinali di varia gravità,

ma può passare per inalazione nelle vie aeree e dare gravi problemi respiratori. Utilizzando 20-40 gtt del prodotto a base oleosa (preferibile per la rapidità di azione non dovendo cambiare fase liquida acqua-olio) si disgregano le bolle formatesi nell'apparato digerente.

- **Carbone vegetale attivato:** si tratta di una resina a bassissimo costo ottenuta trattando ad alte temperature alcuni legni (ad es. pioppo) che poi viene lavato e attivato con vapori e acidi forti. Ne risulta

la formazione di una sostanza porosa che agisce come una spugna intrappolando le sostanze tossiche. Esistono in commercio diverse formulazioni, ma il gold standard è la polvere da ricomporre con diluizione in acqua e da somministrare al dosaggio di 0,5-1 g per kg di peso. È utile per impedire o ritardare l'assorbimento di farmaci o prodotti tossici, tranne alcol etilico o metilico, acido borico, acidi e basi forti, ioni complessi (ferro, litio, cianuro) e derivati del petrolio.

WORKSHOP MALATTIE RARE E CRONICITÀ Strumenti Speciali per bambini speciali

Ha condotto: Teresa Cazzato

Relatori: Giuseppina Annicchiarico, Franca Benini

A cura di Teresa Cazzato, Segreteria Scientifica Nazionale

A Paestum si è parlato e discusso in un workshop di cronicità dal titolo *Strumenti Speciali per bambini speciali* insieme alla dott.ssa Giuseppina Annicchiarico, Pediatra e Coordinatrice Area Malattie Rare FIMP Nazionale e alla dott.ssa Franca Benini, Responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche.

La malattia cronica o cronica/complessa con comorbidità a esito di disabilità fisica e/o cognitiva è parte del lavoro quotidiano nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia come si è evidenziato nel workshop del Congresso. È presente con tutta la sua drammaticità per la sua peculiarità clinica, assistenziale, organizzativa ed etica. Prevede ed è indispensabile una rete informale e non, di rapporto di collaborazione tra i vari attori della rete di cura e assistenza in continuo sviluppo. Questo esige una necessità di confronto fra le varie esperienze e i vari ruoli che ogni caso clinico,

nelle diverse realtà, svolge in funzione di quell'assistenza anche a domicilio che è il miglior luogo di cura per questi piccoli pazienti.

L'esistenza e il miglioramento della rete garantiscono la "continuità assistenziale", spesso carente ma tanto auspicata.

Come in ogni evento che coinvolge il Pediatra di famiglia emergono i messaggi chiave da portare a casa.

Quali in questo caso? Sono stati vari, ma i più significativi sono stati:

- la **formazione** del Pediatra stesso, insieme a un'**informazione** da infondere alla famiglia; formazione adeguata alle risposte da soddisfare e ai cambiamenti insiti nella cronicità stessa;
- la **presa in carico** che deve comprendere paziente e famiglia;
- la conoscenza della **rete** di operatori esistente in ciascuna realtà locale per poterne fare uso e informativa per la famiglia a riguardo, ricordando che il Pediatra di famiglia, oltre a essere un riferimento principale, può essere interpretato come il burattinaio che dirige i fili della scena.

E comunque in conclusione il Pediatra di famiglia deve essere in grado di rispondere ai bisogni di questi pazienti ma anche identificare i propri bisogni, i problemi e i compiti che ne scaturiscono!