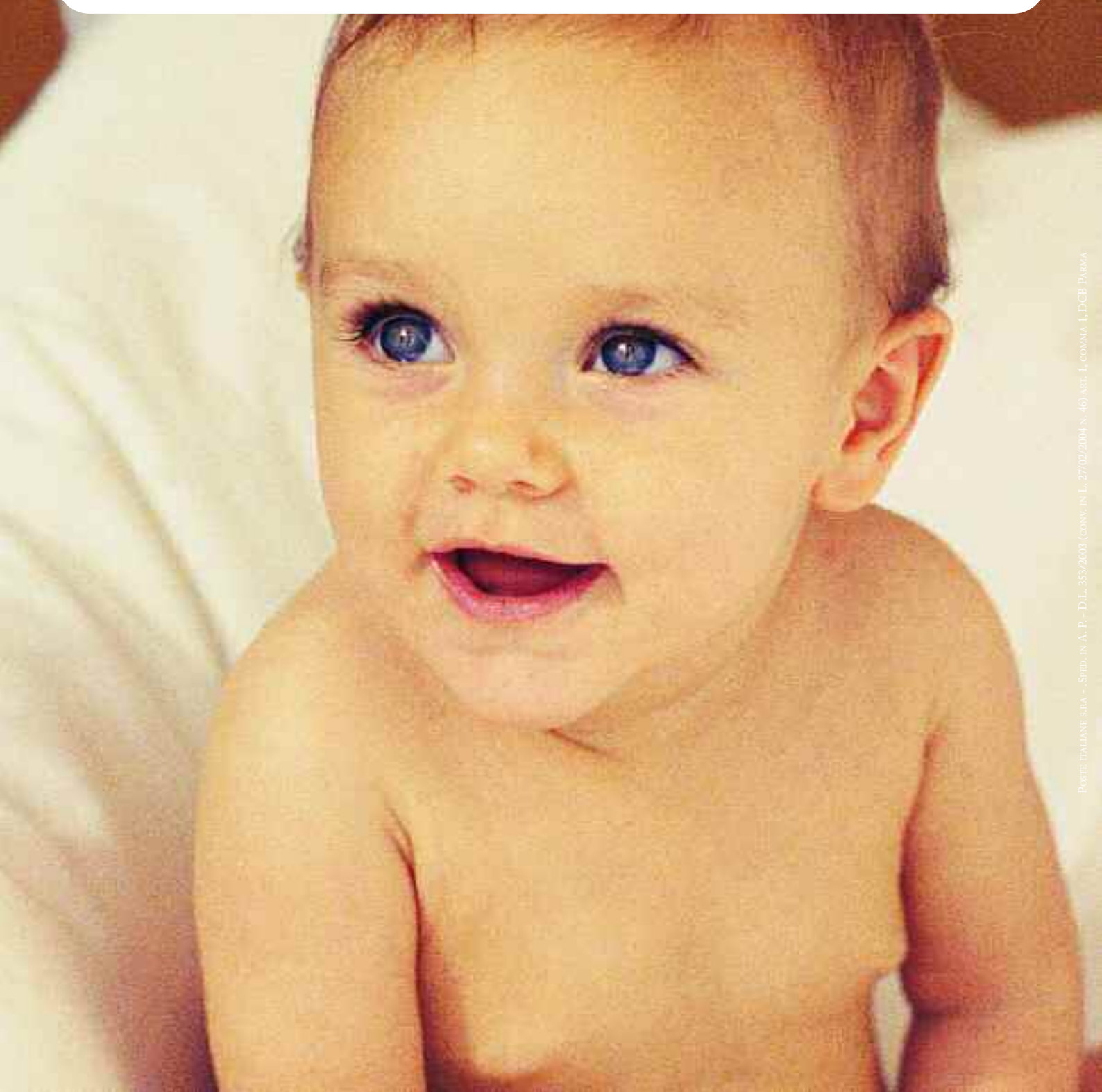




MATTIOLI 1885

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



SANGEMINI

è il bene
che gli vuoi.



Con tanto calcio facilmente assimilabile, un litro di Acqua Sangemini fornisce a tuo figlio oltre il 35% della dose giornaliera raccomandata di calcio indispensabile per la sua crescita. Sangemini è il bene che gli vuoi.



PEDIATRIA 2/2006

PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

PAST PRESIDENT

Giuseppe Chiumello

VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi
Teresa De Toni

CONSIGLIERI

Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Mirella Strambi
Giovanna Weber

SEGRETARIO

Paola Sgaramella

TESORIERE

Nico Sciolla

REVISORI DEI CONTI

Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

DIRETTORE RESPONSABILE

Guido Brusoni

DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

COMITATO EDITORIALE

Giuseppe Di Mauro
Giuseppe Chiumello
Sergio Bernasconi
Teresa De Toni
Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Mirella Strambi
Giovanna Weber
Paola Sgaramella
Nico Sciolla
Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

EDITORIALI

- 3 *G. Di Mauro* - SIPPS in progress: dalla RIPPS alla ricerca, alla formazione, alle nuove iniziative editoriali...
- 5 *G. Brusoni* - Un "Grazie" e un "Benvenuto" di cuore

APPROFONDIMENTO IN TEMA DI PROBLEMATICHE SOCIALI

- 6 *T. De Toni, A. Calcagno* - Bullismo: non letteratura ma una realtà su cui riflettere

RUBRICHE

NOTIZIE DAL MONDO

- 14 *P. Sgaramella, R. Corrado* - Tsunami: un'esperienza di vita

DALLA TEORIA ALLA PRATICA

- 17 *G. Di Mauro, L. Marinello* - Infezioni respiratorie ricorrenti: clinica, diagnosi e terapia
- 25 *G. Izzi, P. Salvini, P. Vitali, E. Volante, A. Grignaffini, G. Gazzola, E. Voccia* - "Dimissione appropriata della madre e del neonato sano": modello operativo integrato tra ospedale e territorio di Parma
- 32 *L. Venturelli* - La continuità assistenziale nella pediatria ambulatoriale



MATTIOLI 1885

SpA - Via Coduro 1/b
Fidenza (PR)
Tel. 0524 84547
Fax 0524 84751

edit@mattioli1885.com
www.mattioli1885.com

EDITING

Valeria Ceci, Natalie Cerioli
Cecilia Mutti,
Editing manager
Anna Scotti

MARKETING E PUBBLICITÀ

Massimo Enrico Radaelli
Direttore Marketing e Sviluppo
Luca Ranzato
Marketing Manager
Simone Agnello
ECM - Formazione Continua
Martine Brusini
Segreteria Marketing



MENTE, CERVELLO E COSCIENZA

IL VICOLO CIECO DEL MATERIALISMO
NEL PENSIERO DI SIR JOHN ECCLES

Sir John Eccles, premio Nobel per la Medicina grazie ai suoi studi sulle sinapsi, si è occupato a lungo del rapporto mente-cervello. Gli autori espongono le idee di questo grande scienziato contestualizzandole all'interno dell'odierno dibattito sulla natura e il funzionamento della coscienza.

ISBN > 88-89397-17-7 PAGINE > 196 18,00 EURO



DOLORE ED ENERGIA

DIEGO BELTRUTTI, STEVEN F. BRENA, MARIO TIENGO

Questo libro descrive l'esperienza del dolore nei suoi aspetti fisiologici e anatomici, per poi delineare le energie che operano all'interno di ciascuno di noi conducendoci verso felicità, salute, assenza di dolore. Le diverse posizioni assunte nel corso dei secoli, dalle antiche dottrine intuitive fino alle moderne teorie empiriche, con riferimenti alle sacre scritture, sono dibattute e confrontate con i dati empirici della moderna letteratura scientifica.

ISBN > 88-86235-91-7 PAGINE > 224 18,00 EURO



OBIEZIONE DI SCIENZA

RAFFAELLA DE FRANCO

La maggior parte delle persone entra in contatto con le tematiche della bioetica attraverso il filtro dei mass-media, i quali, dovendo fare notizia, tendono a sottolineare gli aspetti più sensazionali con toni spesso scandalistici. Questo libro esplora invece con serietà ed autorevolezza i delicati confini che regolano i rapporti tra scienza, etica e diritto, nella continua lotta che li vede contrapposti per far prevalere il proprio primato.

ISBN > 88-89397-12-8 PAGINE > 130 12,00 EURO

MANUALE RAPIDO DI GUARDIA MEDICA

FRANCESCO FONTANAZZA

Esperienza comune a tutti i neo-laureati in medicina, la Guardia Medica è la temuta prova del fuoco che mette in contatto il neo-medico con il paziente, spesso in situazioni d'emergenza. Il manuale, ragionato per schede di facile consultazione e testato dall'esperienza diretta di 10 medici, fornisce tutte le informazioni indispensabili sulle patologie più comuni che si possono presentare in un turno di guardia medica.

ISBN > 88-89397-44-6 PAGINE > 240 18,00 EURO

ORGANIZZAZIONE PER ORDINE ALFABETICO.

- 47 MOTIVI DI CHIAMATA.
- 28 SCHEDE TECNICHE.
- 52 DISEGNI ESPLICATIVI.
- 127 FARMACI CITATI.

8 AUTORI PER UN'ESPERIENZA
TOTALE DI 20.000 ORE
DI GUARDIA MEDICA.



in tutte le librerie
oppure on-line:
www.mattioli1885.com

SIPPS in progress: dalla RIPPS alla ricerca, alla formazione, alle nuove iniziative editoriali...

G. Di Mauro

Cari colleghi ed amici pediatri, questo secondo numero della nostra Rivista esce in concomitanza del XVIII Congresso Nazionale della Società, che si tiene a Lecce.

Gli aspetti qualitativi, scientifici e divulgativi dei lavori congressuali, per quanti di voi avranno l'opportunità di essere presenti, sono innegabili e rappresentano in maniera evidente l'impulso dato alla società dopo l'ultimo rinnovo delle cariche direttive: in questi due anni la nuova direzione ha dimostrato in modo inequivocabile che la SIPPS è viva, attiva, intensa ed appassionata.

I tredici punti programmatici per i quali ci eravamo impegnati due anni fa sono stati ben superati ed ormai risulta praticamente impossibile definire con sicurezza il numero preciso di impegni o di programmi, tante sono le attività in corso, in progettazione, in ideazione.

Questa stessa rivista ne è un paradigmatico esempio. Dopo anni di rinomata rappresentatività nel panorama scientifico, com'è noto, essa era andata via via in disuso, fino a scomparire del tutto dalle biblioteche della classe pediatrica. Già dai primi due numeri della sua rinascita dimostra invece come sia possibile porgere all'attenzione dei colleghi uno strumento valido ed accreditato di formazione ed informazione.

Il gradimento con cui è stata accolta

ci spinge a continuare con entusiasmo l'impegno editoriale a cui davvero molti hanno chiesto di poter collaborare in vario modo.

Ma l'attività della SIPPS è in continuo fermento e non si è concentrata solo sulla ripresa dell'edizione della RIPPS: in quest'ultimo anno innumerevoli attività sono state avviate o sono attualmente in pieno svolgimento.

È stato messo a punto il sito della società, www.sipps.it, che permette di diffondere in maniera aggiornatissima, quasi in tempo reale, tutte le attività societarie; ad esso molti pediatri inviano documenti di informazione e richieste di vario tipo. È nostra speranza che tale interattività diventi sempre più importante e qualificata.

Grande impegno è stato profuso nell'organizzazione delle sedi regionali SIPPS che, al momento, sono presenti in gran parte delle regioni italiane. Nomi prestigiosi della pediatria italiana hanno chiesto di essere inseriti nei quadri regionali, condividendo le iniziative in atto e volendo contribuire alle attività della nostra Società, che sono rivolte a tutto campo verso il mondo dell'infanzia.

In tale ambito segnalò il progetto in attuazione sulla "Tutela dello sport", un argomento di ampio respiro in cui tutti crediamo fortemente in quanto, in tale problematica, viene ad essere coinvolta, prima o poi, la stragrande maggioranza della popolazione di nostra competenza, ai va-



ri livelli, tutti altrettanto complessi e con aspetti positivi e negativi.

La bontà del nostro nuovo impegno societario è anche dimostrata dal desiderio di collaborazione e di interscambio reciproco espresso da gran parte delle altre società pediatriche e non solo. Mi fa piacere ricordare come si sia appena conclusa una felicissima esperienza di collaborazione con la SINUPE, che ha permesso di estendere su gran parte del territorio nazionale una serie di incontri formativi sulle tematiche nutrizionali.

Sono in procinto di essere diffusi altri due impegni editoriali; il primo, "SIPPSINFORMA", destinato ai pediatri, è un agile opuscolo di 4 pagine, a cadenza trimestrale, con informative sulle attività societarie e sulle possibilità che la SIPPS offre in termini di formazione e di ricerca; il secondo, "INFORMABIMBI", destinato ai bambini, è un giornalino a fumetti con informazioni sui basilari principi dell'educazione alla salute.

Ma il fiore all'occhiello delle operazioni editoriali vuole essere il progetto, già in corso di realizzazione, di un manuale dal titolo "...È nato: una guida alla famiglia per il bambino da 0 a 6 anni", il quale affronterà tutte le problematiche delle difficoltà familiari nell'educazione alla salute e sociale dei figli. Il manuale ha già avuto il patrocinio del Ministero della Salute ed è di particolare rilevanza il fatto che è la prima volta che a tale specifico e difficile compito si dedicherà in particolare una società scientifica.

Ma la SIPPS ha intenzione di impegnarsi in spazi ancora maggiori: come società scientifica si propone di essere presente, oltre che nella formazione e nell'informazione, nella ricerca e nell'applicazione pratica. In tale campo si sta organizzando, sulla scorta di altrui similari esperienze, un vero e proprio corso di "formazione alla ricerca". A questo scopo un

gruppo di pediatri del territorio verrà specificamente preparato, da docenti di primissima qualità, a munirsi degli strumenti opportuni per le attività di ricerca di base e specialistica; inizialmente in ottica epidemiologica-territoriale, successivamente con orizzonti più ampi e non al momento definibili.

L'impegno della SIPPS nell'attività di prevenzione rivolge particolare attenzione ai bambini ed alle loro famiglie. Sono in progetto, in tal senso, un ulteriore manualetto "Crescere in salute e sicurezza", una campagna di educazione nutrizionale "Mangiare bene...conviene" ed un testo illustra-

to per i bambini più grandicelli "Al ristorante Arcobaleno".

Tutto questo e molto altro è la SIPPS, come ad esempio la futura campagna d'impegno sociale "Salviamo i bambini...i bambini salveranno il mondo", di cui parleremo in un prossimo numero.

A tutti voi, amici, colleghi, soci, chiedo il sostegno costante a supporto di tutte queste attività, perchè l'impegno del direttivo risulterà vano se non verrà supportato dalla collaborazione di quanti hanno a cuore il benessere dei piccoli pazienti a cui abbiamo giurato di prestare sempre la massima nostra disponibilità e tutto il nostro lavoro.



Un "Grazie!" e un "Benvenuto!" di cuore

G. Brusoni

Si è appena concluso il triennio di Presidenza della SIP di Giuseppe Saggese, che ha profondamente rinnovato e dato impulso alle attività della nostra Società madre con il coinvolgimento attivo delle Società affiliate, dei Gruppi di studio, delle Sezioni regionali e di quanti, a vario

titolo, collaborano con le sue attività culturali e organizzative.

Sono stati tre anni che hanno lasciato il segno e che non dimenticheremo a lungo; sono stati tre anni di intenso lavoro e di sacrificio, nel corso dei quali è stato però possibile raccogliere molti frutti e porre le basi

per un proficuo futuro lavoro.

A lui va il "Grazie!" della Redazione e mio personale per il lavoro fatto nell'interesse della cultura pediatrica, dei pediatri tutti e dei bambini italiani.

Il "Benvenuto!" è per Pasquale Di Pietro, neo eletto Presidente SIP.

La sua esperienza e l'impegno sempre profuso a favore della Pediatria italiana sono una sicura garanzia per un ulteriore triennio di rinnovato impegno e di positivi risultati.



Bullismo: non letteratura ma una realtà su cui riflettere

T. de Toni, A. Calcagno

Centro di Adolescentologia - Università degli Studi di Genova Dipartimento di Pediatria - Istituto G. Gaslini

PAROLE CHIAVE

Bullismo, depressione, sintomi psicosomatici, media

KEY WORDS

Bullying, depression, psychosomatic symptoms, media

SUMMARY

Bullying is a form of aggression. It's possible to make a distinction between 2 kind of phenomenon: direct (overt), all sorts of physical and verbal aggression, more frequent in boys; indirect (covert, relational), social isolation, usually acted by girls. There are 4 figures in this process: bullies, victims, bullies/victims, neutrals. Bullying consequences can be serious: some children develop somatic disturbs or learning difficulties and it has a negative impact on psychosocial health. Being repeatedly bullied has been associated with an increased risk of depression and other psychiatric diseases, suicidal ideation and loneliness. Being a bully is also related to depression in both pediatric and adult age or psychosomatic symptoms. Bullies behaviour varies according to ethnic origin, age and gender, but it is influenced even by TV in terms of hours of viewing and in terms of kind of shows played. In literature many studies describe positive effects of preventive antibullying programs.

RIASSUNTO

Il bullismo è una forma di aggressione: può essere *diretto* (aperto) con aggressione fisica e verbale, più maschile e *indiretto* (coperto, relazionale) caratterizzato da aspetti di isolamento sociale, più femminile. Si riconoscono 4 tipi di profili caratteriali: i bulli, le vittime, i bulli-vittime e i neutrali. Le conseguenze del bullismo possono essere gravi: alcuni bambini sviluppano disturbi somatici o di apprendimento e ha un impatto negativo sulla salute psicosociale. Esserne ripetutamente vittima è stato associato con un aumentato rischio di insorgenza di patologie psichiatriche, con la tendenza all'isolamento sociale, depressione e idee suicidarie. Anche l'essere bullo è associato frequentemente con la depressione, in età infantile o adulta, e con sintomi psicosomatici. Il comportamento da bullo varia in funzione della razza, dell'età e del sesso del bambino, così come delle ore e del tipo di spettacolo visto in TV. In letteratura sono riportate esperienze di programmi di prevenzione del bullismo che hanno dato risultati positivi.

La parola bullo sembra risalire al 1500 e avrebbe il significato di "partecipante a violenza organizzata"; secondo altri deriverebbe da "bule" termine germanico dell'alto medioevo che significava "intimo amico", i bulli infatti si muovono in branco e sono molto solidali tra loro nell'affrontare a muso duro gli altri e nel difendersi con atteggiamenti omer-

tosì. Secondo altri ancora si può ricondurre al termine inglese "bullying" che si riferisce ad atti di intimidazione o danneggiamento verso un soggetto più debole da parte di un gruppo o di una persona.

I primi studi europei sul bullismo sono riconducibili a Olweus (1972) in Svezia (1). Il bullismo rappresenta una forma di comportamento ag-

gressivo che prevede intenzionalità, sistematicità e asimmetria di potere (Tab. 1).

"There is bullying and bullying" scrive van der Wal (17) e in effetti si possono distinguere 2 tipi di bullismo: quello *diretto* (aperto) che comprende tutti i tipi di aggressione fisica e verbale come dare calci, colpire, minacciare, insultare e dare no-

mignoli, più frequentemente esercitato da soggetti maschi, e quello *indiretto* (coperto, relazionale) caratterizzato da aspetti di isolamento sociale come ignorare, escludere e spettegolare, solitamente di pertinenza femminile. (5) Fino ad ora le ricerche si sono focalizzate prevalentemente sui maschi e sulle forme fisiche e verbali di bullismo, ma gradualmente l'attenzione si sta spostando sulle ragazze e sulle forme indirette (18).

In questo fenomeno si riconoscono costantemente 4 tipi di profili caratteriali: i bulli, le vittime, i bulli-vittime e i neutrali (vedi Tab. 2).

Il *bullo*, agendo comportamenti aggressivi persistenti, cerca visibilità attraverso l'esibizione di forza fisica, di pseudomaturità, di potere e controllo sulla vittima e sui suoi oggetti, dal momento che non riesce ad esprimersi in altri modi quali il rendimento scolastico o i risultati sportivi. In altre parole si cristallizza nell'unico ruolo che egli conosce come utile alla socializzazione.

La *vittima* può appartenere a due diverse tipologie: *passiva*, soggetto timido, riservato, timoroso, insicuro, spesso con una caratteristica fisica che la differenzia dagli altri (capelli rossi, orecchie a sventola, cognome o nome particolari, ecc.) o *provocatrice*, irrequieto, irritante, aggressivo, attaccabrighe, provoca gli altri, ma, essendo meno forte, finisce per avere la peggio.

Il *bullo-vittima* riversa la frustrazione di vittima su altre vittime, si sforza di essere accettato dal gruppo dei pari mentre cerca di non essere a sua volta vittima di bullismo. Presenta una personalità instabile essendo prima vittima provocatrice e poi bullo ansioso

I *neutrali* possono essere osservatori passivi, aiutanti o sostenitori del bullo o delle vittime oppure componen-

Tabella 1 - Definizione di bullismo

Si definisce bullismo un comportamento aggressivo contraddistinto da tre fattori:

- intenzionalità: gli episodi di violenza fisica o verbale o i comportamenti, destinati a isolare la vittima attraverso l'esclusione, sono volontari
- sistematicità: contrariamente agli episodi di aggressività isolati, gli atti nei confronti della vittima risultano ripetuti nel tempo
- asimmetria di potere: tra bullo e vittima c'è una differenza dovuta alla forza fisica, all'età o al numero, quasi sempre, infatti, le aggressioni avvengono in gruppo

Tabella 2 - C'è bullismo e bullismo

Sono stati definiti:

Due tipi di bullismo:

- bullismo diretto o aperto: aggressione fisica (calci, colpi, minacce) o verbale (insulti, nomignoli) soprattutto maschile
- bullismo indiretto o coperto, relazionale: isolamento sociale (ignorare, escludere, spettegolare) soprattutto femminile

e quattro profili caratteriali

- bulli
- vittime
- bulli-vittime
- neutrali

ti del gruppo. Il gruppo mantiene attive le dinamiche tra bullo e vittima con l'atteggiamento omertoso, divertito, indifferente, o di incitamento. Per questo motivo la vittima è destinata a soffrire a lungo.

Il fenomeno risulta complesso in quanto non si riferisce ad un singolo atto, ma ad una situazione relazionale che si svolge nel tempo (13), quindi non include azioni occasionali fatte per scherzo o sotto un impeto di rabbia, ma si sviluppa come un copione, cioè come una sequenza, tutto sommato abbastanza stereoti-

pata, nella quale gli attori svolgono ruoli stabiliti (bullo, vittima, osservatore, sostenitore, difensore).

Diverse sono le reazioni e il comportamento di chi è bullo, di chi è vittima del bullismo e di chi è vittima e poi, a sua volta, bullo e questa classe di bambini bulli/vittime è diversa nel comportamento sia dai bulli puri che dalle vittime (21).

Bullismo e salute psico-sociale

In letteratura numerosi studi affrontano queste problematiche sia per

Il bullo cerca visibilità attraverso l'esibizione di forza fisica, di pseudomaturità, e di potere e controllo sulla vittima

meglio inquadrare le tipologie di vittime e aggressori, sia per identificare possibili cause, che per proporre interventi mirati.

Le conseguenze del bullismo possono a volte essere gravi: la vergogna

Il gruppo mantiene attive le dinamiche tra bullo e vittima con l'atteggiamento omertoso, divertito, indifferente, o di incitamento



nelle vittime può prendere il sopravvento e alcuni bambini sviluppano disturbi somatici e di apprendimento. Il bullismo ha un impatto negativo sulla salute psicosociale; l'esserne ripetutamente vittime è stato associato con un aumentato rischio di insorgenza di patologie psichiatriche, con la tendenza all'isolamento sociale (3), depressione e idee suicidarie (10). Anche l'essere bullo è associato frequentemente con la depressione, sia in età infantile che adulta, ma anche con la devianza sociale (11) o con sintomi psicosoma-

tici (8).

I bulli tendono a essere a disagio a scuola, gli studenti che sono bulli/vittime hanno la percentuale più elevata di disturbi somatoformi (mal di testa, di stomaco, di schiena, malessere generale, temperamento irritabile, insonnia), di sintomi psicologici e abitudine al fumo, sembrano non amare la scuola e si sentono soli (8). Anche le vittime pure

(11) e i bulli/vittime presentano frequentemente analoghi sintomi somatici, ma anche depressione severa ed insonnia in confronto con i bulli puri e a quelli non coinvolti.

In uno studio olandese (18) su 4721 bambini, 9-13 anni in bambini bulli e vittime fra i 9 e i 13 anni di entrambi i sessi e di diverse etnie, è stata studiata l'associazione tra bullismo diretto e indiretto e 3 indicatori di salute psicosociale: depressione, idee suicidarie e delinquenza.

Per quanto concerne le vittime è stato evidenziato che nelle femmine la depressione è il 42.6% e solo il 6.4% tra quelle non vittime e anche le idee suicidarie sono più comuni fra chi è stato oggetto di bullismo diretto sia episodico che ripetuto. Anche le vittime del bullismo indiretto presentano più frequentemente queste patologie psichiatriche, in entrambi i sessi: il 27.7% dei maschi vittime ha mostrato sintomi depressivi rispetto al 2.1% di quelli non maltrattati. Per le femmine queste percentuali sono

Tabella 3 - Le vittime del bullismo sono a rischio di patologie psichiatriche

	Vittime di bullismo F (%)	Non vittime di bullismo F (%)
Depressione	43	6.4
	Vittime M-F (%)	Non vittime M-F (%)
Altre patologie psichiatriche	28-35	2.1-3.6
	Bulli diretti M-F (%)	Non bulli M-F (%)
Delinquenza	38-31	5- 3



rispettivamente il 35.1% e il 3.6%. Nei bulli un comportamento delinquenziale è molto più comune nei bambini che sono stati bulli diretti. Tra i bulli diretti esiste anche una significativa associazione tra bullismo e idee suicidarie e un aumento, peraltro non significativo, nelle altre. Il bullo è a maggior rischio di sviluppare comportamenti delinquenti e questo vale maggiormente per il bullismo diretto e non varia in rapporto al sesso (vedi Tab 3).

Uno studio inglese (21) su 1639 bambini di entrambi i sessi dai 6 ai 9 anni ha messo in relazione il bullismo con problemi di salute e assenteismo scolastico. Nelle vittime del bullismo diretto, ma non indiretto, risulta maggiore l'insorgenza di problemi di salute generale e di disturbi psicosomatici. I bulli sono più forti dal punto di vista fisico e sono anche meno soggetti ad ammalarsi rispetto alle vittime e ai bulli/vittime che sono però più a rischio di patologie psichiatriche future.

In un altro studio (20) su 242 ragazzi di 13 e 14 anni è stato osservato, rispetto ai precedenti studi citati, una prevalenza del bullismo relazionale (indiretto) su quello diretto, in

quanto compare quando gli individui diventano più abili nell'utilizzare le loro capacità cognitive e sociali allo scopo di manipolare gli altri. Scarsa è la letteratura specifica sull'epidemiologia del fenomeno che riporta un'ampia variabilità e i dati riportati in Tabella 4 sono desunti da casistiche internazionali.

I dati italiani disponibili si riferiscono a indagini conoscitive sulle abitudini e gli stili di vita degli adolescenti" realizzata dalla SIP su un campione di 1200 studenti delle scuole medie inferiori (Notiziario SIP) o dell'EURISPES (vedi Tab. 5-6)

Media e bullismo

La televisione è l'elefante (4) nei salotti americani, oggi ci sono più televisioni che bagni nelle loro case. I bambini sotto i cinque anni guardano in media 1-3 ore di televisione al giorno e più di 1/3 dei bambini sotto i 6 anni ha la televisione nella camera da letto. La maggior parte dei bambini spende più tempo nel guardare la televisione che nel fare qualsiasi altra attività eccetto il dormire (vedi Tab 7). Ma oltre alla televisione ci sono i video games, dvd, internet ecc. e questa sovraesposizione non può non interferire sulla salute e sul comportamento psico-sociale dei bambini e ragazzi.

Anche in Italia la situazione è nettamente peggiorata (vedi Tab 8) e ciò ci deve far riflettere e intervenire dal momento che negli ultimi anni non solo non è migliorata l'espo-

Tabella 4 - Entità del fenomeno

- Bulli: 10 - 30% degli studenti (1)
- Bullo o vittima il 60% (2)
- 6 - 11anni: bulli 22,6%(3)
- Vittime a scuola 8 - 46% (4)
 - 6 - 9 anni: bulli 4,3%,
 - bulli/vittima 10%,
 - vittime 40%
- 13 e 14 anni (5)
 - bulli 6.2%
 - vittime 12%
 - bulli/vittime 5%

(1) Nickel MK, Krawczyk J et al Pediatrics 2005; 116: 247-54

(2) Forero R, McLellan L, Bauman A. BMJ 1999

(3) Zimmerman FJ, et al Arch Pediatr Adolesc Med. 2005

(4) Wolke D, et al Arch Dis Child 2001

(5) Woods S., et al J. Adolesc 2005

sizione ai media, ma è evidente una forte dipendenza dai media e dai supporti elettronici.

In uno ampio studio longitudinale (19) è stato studiato il bullismo su 1266 soggetti di età compresa tra 6 e 11 anni e, tra questi, di diverso sesso e razza, hanno completato tutte le indagini sul bullismo solo 641 e bulli sono risultati essere il 22,6%. Dai precedenti dati rilevati all'età di 4 anni, sono stati presi in considerazione tre fattori: la stimolazione cognitiva da parte dei genitori, il supporto emozionale (che comprende dialogo ed eventuali castighi) e le ore passate davanti alla televisione.

Il comportamento da bullo è stato

Il bullo è a maggior rischio di sviluppare comportamenti delinquenti e questo vale maggiormente per il bullismo diretto e non varia in rapporto al sesso

Tabella 5 - Giovani dall'identità globale: 6° Rapporto nazionale "Condizione dell'infanzia e dell'adolescenza" 18 Novembre 2005 EURISPES e Telefono azzurro

In Italia:

- 20% si sente minacciato dai coetanei
- 12,6% subisce furti di oggetti e/o cibo sia a scuola (32,3%) sia per strada (27,3%)
- 78,9 utilizza strategie attive verso il bullismo: 27,5% chiedendo aiuto a un adulto, 27,7% dicendo al bullo di smetterla, 23,7% aiutando la vittima 4,6% facendo finta di niente perché non sono fatti suoi, 4,5% allontanandosi per non essere preso di mira

Tabella 6 - Indagine SIP sulle "abitudini e gli stili di vita degli adolescenti"

- Il 76% riferisce di aver assistito ad episodi di bullismo su un amico
- Gli atti di prepotenza sono agiti per distinguersi (42%), per ricerca di leadership e essere temuti (26.6%)
- 67% considera corretto riferirli a genitori o insegnanti, 21% considererebbe chi lo fa fifone e l'11% una spia
- Se fosse lui opterebbe per l'autodifesa (61%), 18% ne parlerebbe con un amico, 12% con i genitori ed il 6% subirebbe le prepotenze, se non eccessive, 2% parlerebbe con l'insegnante
- Motivi per identificare una vittima: antipatia (80%), mettersi in mostra con insegnanti (54%), non farsi rispettare (49%), studiare troppo (33%), malvestito (30%), essere timido (29%), essere nuovo (25%)

Tabella 7 - TV e Media

- La televisione è l'elefante nei salotti americani, oggi ci sono più televisioni che bagni nelle loro case
- I bambini sotto i cinque anni guardano in media 1-3 ore di televisione al giorno e più di 1/3 dei bambini sotto i 6 anni hanno la televisione nella loro camera da letto
- La maggior parte dei bambini spende più tempo nel guardare la televisione che nel fare qualsiasi altra attività eccetto il dormire. Ma oltre alla televisione ci sono i video games, dvd, internet

visto variare in funzione della razza, dell'età e del sesso del bambino così come delle ore e del tipo di spettacolo visto in TV. L'associazione tra bullismo e condizioni socio-economiche, entrate familiari ed educazione non sono state esplicitamente esplorate, ma la situazione socio economica è risultata strettamente correlata al comportamento in genere. L'unica variabile statisticamente significativa con un diminuito rischio di bullismo considerando

Guardare un'ora di televisione al giorno all'età di 4 anni, considerata età filtro, è risultato un comportamento associato in modo statisticamente significativo con il bullismo

sesso, razza o etnia e reddito dei genitori era essere afro-americano. Questi bambini a 4 anni vedevano 3.5 ore di televisione al giorno ed in particolare la media era di 5 ore tra quelli che sarebbero in seguito diventati bulli e di 3.2 fra quelli non bulli. Guardare un'ora di televisione al giorno all'età di 4 anni, considerata età filtro, è risultato un comportamento associato in modo statisticamente significativo con il bullismo. La stimolazione cognitiva da

Il comportamento da bullo è stato visto variare in funzione della razza, dell'età e del sesso del bambino così come delle ore e del tipo di spettacolo visto in TV

parte dei genitori e il supporto emozionale all'età di 4 anni sono, individualmente, protettivi nei confronti del bullismo (19). Il bullismo è stato dagli autori aggiunto alla lista delle conseguenze potenzialmente negative dell'eccessiva televisione, accanto ad obesità, disattenzione e aggressività.

La maggior parte della letteratura segnala che la televisione è associata a comportamenti aggressivi solo nel caso di programmi violenti, ma purtroppo quasi il 60% dei programmi televisivi contiene violenza. E' dimostrato uno stretto legame tra TV violenta e aggressività in bambini e adolescenti; tutto ciò può determinare ostilità, paura, ansia, incubi, disturbi del sonno e stress (2).

Possibilità di prevenzione

Frequentemente le vittime non parlano del problema né a casa, né con gli insegnanti e questo può portare alla non conoscenza del bullismo per molto tempo (18). L'impatto sulla depressione è più forte per il bullismo indiretto rispetto al diretto e ciò contrasta con la convinzione che il bullismo diretto (fisico) causi più danni e sia meno socialmente accettabile rispetto al bullismo indiretto (isolamento sociale). Le forme di bullismo indiretto, che causano più sofferenze, hanno maggior probabilità di passare inosservate da parte degli insegnanti che tendono a considerarlo una forma meno dannosa. Gli interventi nelle scuole dovrebbero essere mirati a diminuire il bullismo e focalizzati soprattutto alle forme indirette (18).

Un studio olandese su 3816 bambini tra i 9 e i 12 anni (6) che prevedeva l'applicazione di un programma scolastico "antibullying" per 2 anni consecutivi, ha permesso una riduzione del 25% dei bambini vittime di bullismo, conseguente ad una sensibile riduzione degli atti di bullismo e del rischio di depressione.

Chi ha subito violenze ha più frequentemente un comportamento violento verso gli altri (14). Chi compie violenza è stato a sua volta vittima e risulta importante cercare di riconoscere le vittime per proteggerle da questa evoluzione. La creazione di programmi a lungo o breve termine (tecniche di rilassamento, di risoluzione dei problemi, ecc.) potrebbero essere utilizzati a scuola per aiutare gli adolescenti a convivere con i loro problemi (21). Esistono anche tecniche che potrebbero aiutare i bulli: simulazione di sfide e suspense in ambiente non aggressivo potrebbero fornire un canale per scaricare la loro energia in quanto la

Tabella 8 - Utilizzo dei media in Italia - Notiziario SIP

In Italia guardano la tv	dati 1997	2004
< 1 ora	13.2%	11.1%
1-3 ore	59.1%	60.5%
>3 ore	27.7%	28.4%
TV in camera	58%	66.2%
TV durante i pasti	87%	oltre 95%
Computer in casa prima rarità - poi l'88% (in camera il 44%)		
Oltre il 60% naviga abitualmente su Internet		
Il 40% trascorre più di un'ora al giorno al PC, tra videogiochi e internet		

novità e l'ignoto potrebbero aumentare i loro livelli di "arousal" senza indurli a cercarla nell'aggregare gli altri. Rappresenta certo una sfida creare tali occasioni, ma è opportuno provarci. È importante anche il ruolo dei genitori che dovrebbero essere coinvolti in questi programmi. Negli interventi di correzione sarebbe ottimale poter utilizzare le risorse di questi bambini per farli diventare leader e strumento di appoggio per i loro coetanei (21).

Prevenire è anche anticipare i comportamenti futuri attraverso l'implementazione di fattori predittori positivi quali una precoce (19) stimolazione cognitiva e un corretto sup-

portare la visione della televisione ai loro bambini più piccoli e ciò in accordo con le linee guida dell'American Academy of Pediatrics che raccomandano che i bambini sotto i 2 anni non debbano mai guardare la televisione (2).

Accanto a cause più note: (TV e videogiochi violenti, genitori assenti o che non trasmettono modelli positivi) bisogna tenere presente un altro elemento: i bambini hanno bisogno di affermare in modo evidente la propria presenza e sul piano relazionale vogliono accorgersi della propria esistenza e dimostrare che i propri comportamenti sono in grado di cambiare i comportamenti degli al-

Negli interventi di correzione sarebbe ottimale poter utilizzare le risorse di questi bambini per farli diventare leader e strumento di appoggio per i loro coetanei

porto emozionale e ridurre i fattori predittivi di bullismo nei bambini come l'eccesso di TV perché il periodo dell'infanzia è un importante periodo formativo per il successivo comportamento del bambino.

Dal momento che la televisione influenza il comportamento, i genitori dovrebbero essere incoraggiati a li-

tri: fare il bullo pertanto funziona e talora gratifica. Si può, tuttavia, come suggerito, già nella seconda infanzia prevenire l'insorgenza del bullismo attraverso il potenziamento della stimolazione cognitiva, un corretto supporto emozionale ma anche la riduzione della visione della tv già nei primi anni di vita.

Tabella 9 - Elementi indicativi di probabili esperienze di vittimizzazione non denunciate

Quando sospettare un bullismo subito

- Difficoltà ad andare a scuola o abbandono scolastico
- Richiesta frequente di soldi o oggetti
- Danni a cose o indumenti
- Segni di percosse o di violenza fisica
- Disturbi notturni del sonno, paure poco giustificate, forte ansia
- Mancanza di autostima e incapacità di imporsi nel gruppo dei pari
- Fragilità emotiva
- Bisogno di protezione e carenza di autonomia
- Depressione
- Disagio comportamentale

Tabella 10 - Segnali di possibile bullismo agito non dichiarato

Quando sospettare un bullismo agito

- Aggressività generalizzata anche verso i genitori, atteggiamenti di sfida ed opposizione
- Difficoltà ad accettare e rispettare le regole
- Manifestazione frequente di comportamenti impulsivi
- Acquisto o utilizzo di oggetti non giustificati
- Segnalazioni da parte della scuola

Tabella 11 - Come affrontare il problema;

Consigli per affrontare il fenomeno

- Non sottovalutare o banalizzare episodi di disagio relazionale tra coetanei
- Non sovrastimare gli episodi di conflitto relazionale tra coetanei
- Essere disponibili all'ascolto dei ragazzi riguardo alle esperienze scolastiche e del gruppo
- Aiutare il bambino vittima di bullismo a descrivere il suo disagio
- In caso di bullismo non accusare la scuola o il ragazzo, ma capire cosa è accaduto ed attivare un percorso di aiuto

L'essere ripetutamente maltrattati (vittime) è stato associato con un aumentato rischio di solitudine, di depressione e idee suicidarie; l'essere bullo è associato invece con depressione e delinquenza nell'età adulta (10). L'associazione tra il bullismo e la salute psicosociale è molto diversa

tra femmine e maschi così come tra bullismo diretto e indiretto. L'intervento per limitare il bullismo deve tenere conto di queste differenze per evidenziarne l'efficacia anche in considerazione del fatto che l'esordio precoce di comportamenti antisociali rappresenta un fattore di ri-

schio per la cronicità dei comportamenti aggressivi (10). Chi fa il bullo molto spesso diventa o è già un depresso perché lui stesso vittima di bullismo, infatti chi subisce maltrattamenti può a sua volta aggredire gli altri come meccanismo di difesa. Per individuare le vittime del bullismo genitori, medici e insegnanti dovrebbero sospettarlo (21) anche quando i bambini presentano ripe-

I bambini hanno bisogno di affermare in modo evidente la propria presenza e sul piano relazionale vogliono accorgersi della propria esistenza e dimostrare che i propri comportamenti sono in grado di cambiare i comportamenti degli altri

tuti episodi di mal di gola, tosse, freddo, nausea, problemi di appetito e hanno paura di andare a scuola, ma anche il silenzio rappresenta un importante campanello d'allarme (Vedi Tab. 9-11)

Bibliografia

1. Olweus D.: Personality and aggression. *Nebr Symp Motiv.* 1972;20: 261-321.
2. American Academy of Pediatrics. Television and the family. Available at: <http://www.aap.org/family/tv1.htm>. Accessed on september, 2006.
3. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE: Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: a

- nationally representative cohort study. *Pediatrics* 2006 Jul; 118 (1): 130-8
4. Christakis DA, Rivara FP: The Effect of Media on Children and Adolescents *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:595
 5. Dao TK, Kerbs JJ, Rollin SA, Potts I, Gutierrez R, Choi K, Creason AH, Wolf A, Prevatt F.: The association between bullying dynamics and psychological distress. *J Adolesc Health* 2006 Aug; 39 (2): 277-82
 6. Fekkes M., Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP: ,Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006 Jun; 160 (6): 638-44.
 7. Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP: Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? NA prospective cohort study on the relationship between bullying and health related symptoms. *Pediatrics.* 2006 May; 117 (5): 1568-74
 8. Forero R, McLellan L, Bauman A: Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *BMJ* 1999 August 7; 319 (7206):344-348.
 9. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld I, Gould M.: Bullying, depression and suicidality in adolescent. *Psychiatr Danub.* 2006 Sep; 18 Suppl 1:41
 10. Glew G, Rivara F, Feudtner C. Bullying: children hurting children. *Pediatr Rev.*2000; 21: 183-190.
 11. Ireland J L: Psychological health and bullying behavior among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders J. *Adolesc Health* 2005; 36 (3): 236-243
 12. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, Gillbert C: Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by Youth Self Report (YSR) and the depression Self-Rating Scale (DSRS) *Nord J Psychiatry.* 2005; 59 (5): 365-73
 13. Menesini E.: Bullismo e disagio psico-sociale in adolescenza *Minerva Pediatrica* 2004;56(sup 12 al N6): 15-7
 14. Molnar BE, Browne A, Cerda M, Buka SL: Violent Behavior by Girls Reporting Violent Victimization. A Prospective Study *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:731-739.
 15. Mytton J, DiGuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S.: School-based secondary prevention programmes for prevention violence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;3: CD004606
 16. Sourander A., Elonheimo H., Niemela S., Nuutila AM., Helenius H, Sillanmaki L, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilenen I, Almqvist F.: Childhood redictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry.* 2006 May; 45 (5): 578-86
 17. van der Wal MF: There is bullying and bullying *Eur J Pediatr* 2005; 164 (2): 117-118
 18. van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA: Psychosocial Health Among Young Victims and Offenders of Direct and Indirect Bullying *Pediatrics* 2003; 111: 1312-1317
 19. Zimmerman FJ, Glew GM, Christakis DA, Katon W: Early cognitive stimulation, emotional support, and television watching as predictors of subsequent bullying among grade-school children *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005; 159: 384-388.
 20. Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L: Bullying involvement in primary school and common health problems *Arch Dis Child* 2001;85:197-201
 21. Woods S. and White E. : The association between bullying behaviour, arousal levels and behaviour problems *J. Adolesc* 2005; 28 (3): 381-395



Tsunami: un'esperienza di vita

P. Sgaramella¹, R. Corrado²

¹Dirigente di 1° Livello - U.O. Pediatria e Neonatologia, Ospedale San Raffaele, Milano

²Direttore AISPO, Ospedale San Raffaele, Milano

26 dicembre 2004, ore 12.00

Alla televisione tutte le reti proiettano gli stessi servizi, le stesse immagini raccontano una tragedia che ha colpito il sud-est asiatico. Migliaia di morti travolti da uno tsunami. Tsunami... una parola che da allora è entrata nel vocabolario di tutti.

Guardando le immagini che vengono proiettate un pensiero si fa largo nella mia mente... "come vorrei essere là, forse potrei fare qualcosa di veramente utile per quei bambini!" Sono una giovane Pediatra che lavora nell'UO di Pediatria e Neonatologia dell'IRCCS San Raffaele di Milano, ma sogno, da sempre, di andare in un posto lontano dove sentirmi più utile e più vicina ai bambini che soffrono. Con ancora negli occhi le immagini del maremoto, gli italiani consumano il pranzo di Santo Stefano, ormai tutto il mondo è stato informato di quanto è successo ed inizia la gara di solidarietà, si raccolgono soldi, farmaci, si cercano volontari, si organizzano i primi aiuti.

L'ospedale San Raffaele, tramite la sua organizzazione non governativa (ONG) AISPO (Associazione italiana per la solidarietà tra i Popoli), come tanti altri in Italia, collabora con la Protezione Civile Italiana raccoglie adesioni di volontari disposti ad investire un mese in Sri Lanka; leggo nella mia posta elettronica la richiesta di volontariato, mandata dalla Direzione

Sanitaria e subito invio una risposta affermativa a mio nome.

Partono il primo ed il secondo contingente ed il desiderio di essere là aumenta, parte il terzo... Agli inizi di marzo ricevo la comunicazione di dover partire per un mese, gioia e panico. Così, con l'entusiasmo a mille e un senso di inadeguatezza enorme, il 9 marzo mi reco all'aeroporto di Malpensa ed inizia l'avventura. Un'avventura talmente entusiasmanente che a giugno dello stesso anno decido di ripetere l'esperienza, questa volta per 3 mesi insieme ad un'infermiera del mio stesso reparto.

Destinazione Sry Lanka, distretto di Trincomalee.

Il distretto di Trincomalee (situato nel nord-est dell'isola) zona Tamil, è controllato dallo Stato per una fascia di pochi chilometri dalla costa, al di là il territorio è delle "Tigri". Le "Tigri" Tamil sono un'etnia minoritaria prevalentemente di religione indu, rispetto alla maggioranza cingalese di religione buddista. In questa zona vive anche la maggior parte di quel 7% di popolazione islamica, discendente dai mercanti arabi insediatesi secoli or sono sulle coste settentrionali dell'isola.

Popoli, lingue, religioni troppo diverse per poter convivere pacificamente, quando la ricchezza della diversità si disperde al soffio di ideologia politiche dai colori troppo marcati. In

quella zona c'è aria di guerriglia, posti di blocco ad ogni angolo, soldatini dalla pelle scura bardati da battaglia con elmetti troppo larghi per apparire marziali, presidiano i punti strategici e pattugliano le strade che uniscono le cinque dita di terra che formano quella piccola penisola che chiude la baia di Trincomalee.

Lagune di acqua salmastra costringono a percorsi tortuosi ed il traffico è sempre caotico. Tutte le mattine verso le 8 ci buttiamo in quello stesso traffico per uscirne lungo la strada sconnessa che porta al traghetto. Incomincia uno slalom tra le transenne dei posti di blocco presidiati dai militari. Un continuo rincorrersi e sorpassarsi di veicoli, con il piede pigiato sull'acceleratore e la mano sul clacson.

Ed eccoci arrivati all'imbarcadere piuttosto malmesso. Lo tsunami ha dato il suo contributo, ma sicuramente il logorio dell'acqua negli anni, non sostenuto da adeguate opere di consolidamento, ha fatto sì che i traghettatori debbano quotidianamente improvvisare nuove manovre di attracco per favorire la salita e la discesa dei veicoli dalle zattere. Già, perché più che di un traghetto si tratta di grosse zattere che non possono accogliere più di tre o quattro automobili. Moto, biciclette e pedoni riempiono gli spazi vuoti e finalmente si parte.

Migliaia di morti travolti da uno tsunami. Inizia la gara di solidarietà: si cercano volontari, si organizzano i primi aiuti

Da ultimo arriva pedalando senza fretta un vecchio, sul portapacchi una cassa piena di pesci appena pescati che, forti della loro recente esperienza, gli hanno sussurrato che non è sensato affrettarsi, perché c'è un altro traghetto che comunque ti aspetta a qualche attracco un dato giorno. La traversata non dura più di dieci minuti e una volta giunti sull'altro lato della baia, la gente, pigiata sul ponte con borse, sporte, fagotti e anche pesi ben più grandi, scende a Kinnya. Al di là ci aspetta un mondo animato in cui biciclette, moto, tuk-tuk, cani, buoi, galline, uomini, donne e bambini convivono e si rincorrono su strade polverose e sconnesse. I bambini sbucano da ogni angolo di strada per farsi fotografare e ricevere in cambio una penna, un palloncino o una bottiglietta d'acqua anche vuota che poi provvederanno a riempire. Prima che qualche adulto impronti sulla loro fronte il terzo occhio che distingue i fedeli di Visnù, o copra il loro capo con lo zucchetto bianco dei seguaci di Maometto, o lo rasi come si conviene a chi viene iniziato alla pratica religiosa buddista, i visi dei bambini sono tutti uguali e tutti bellissimi. Si rincorrono a piedi scalzi e mezzi nudi tra le vie polverose inseguendo sogni innocenti. Passiamo davanti all'ospedale distrutto dallo tsunami... il vecchio ospedale dalle cui finestre e porte di volte si vede ancora un vuoto pieno di

paura. Il sole ha ormai asciugato i mille fogli sparsi sul pavimento che caparbiamente ricordano chi non c'è più. I segni del maremoto sono ancora molto evidenti, macerie ovunque nascondono le poche nuove costruzioni che sorgono qua e là.

In fosse comuni riposano i corpi di tanti che non sono stati identificati, un minuto di silenzio per loro e una preghiera per tutti coloro che il mare impietoso non ha ancora restituito e che certamente ormai non restituirà più.

Nella scuola accanto all'ospedale sono morti 44 bambini e chi resta fa lezione sotto una tenda... la vita continua ed il sorriso dei bambini lo testimonia quotidianamente.

Cento e più tende della Protezione Civile Italiana, hanno accolto temporaneamente tutti coloro che erano rimasti senza casa, all'interno del campo profughi il cuore della gente ha ripreso a battere caparbio, determinato, a dispetto di tutto e sono tornati a vivere, perché la vita quotidianamente li reclama.

Una vita fatta di cose semplici, vita fatta di pesca, una vita spesa sulla riva di quello stesso mare che un giorno ad una data ora seminò la morte ed il terrore, ma che ogni giorno, come prima di allora, dona la vita.

Ed il frutto del lavoro viene esposto in bella mostra su una improvvisata bancarella e venduto, in alternativa al pesce il mercato offre la carne che cuoce lentamente sotto il sole in attesa di essere preparata insieme a spezie ed erbe piccanti per venire poi consumata alla tavola dei benestanti. Lungo le strade si trovano inoltre bancarelle di frutta, verdura e spezie che con i loro colori e profumi inebriano i sensi dei passanti.

Ed eccoci all'ospedale da campo sapientemente costruito dall'Associazione Nazionale Alpini, che dopo 6 mesi di esposizione al sole cocente, ai

venti ed alle piogge, ha forse le tende un po' sbiadite, ma è pur sempre bello. È bello perché sotto questi teli tesi vi è gente che ha ritrovato la sua ragione di vivere, che ha dimenticato i suoi lutti nell'aiuto verso il prossimo. All'interno dell'ospedale in un'attrezzata sala parto, in assenza di un ginecologo, alla presenza di ostetriche molto esperte, le donne partoriscono nell'assoluto silenzio e dopo alcune ore di osservazione in una tenda vicina, se ne vanno a casa con il loro piccolo tesoro. Non sono previsti tagli cesarei, l'ospedale di Kinnya è in realtà poco più di un poliambulatorio, in caso di complicanze intrapartum la paziente viene caricata su un'ambulanza improvvisata e viene condotta all'ospedale di Trincomalee facendo a ritroso il percorso che noi facciamo tutte le mattine, zattera compresa. Trasferire un paziente in ambulanza è una vera avventura, l'ambulanza infatti è una specie di taxi in cui trovano posto contemporaneamente più pazienti da trasferire, ma anche persone dirette in città. È sprovvista di qualsiasi presidio medico, ma tanto le strade sconnesse e tortuose impedirebbero qualsiasi atto, si è troppo impegnati a mantenere un equilibrio precario.

L'ospedale offre una sala visite per problematiche internistiche, una per problematiche chirurgiche ove vengono fatti anche piccoli interventi in anestesia locale e medicazioni di ferite o ustioni, ed un ambulatorio pediatrico ove vengono effettuate mediamente 30 visite al giorno. Le problematiche presentate dai bambini sono generalmente inquadrabili nell'ambito di patologie respiratorie (asma o infezioni delle prime vie aeree), patologie gastrointestinali (dolori addominali, epatiti, diarree) e cutanee (scabbia, infezioni cutanee). I bambini sono generalmente accompagnati dai fratelli maggiori, a loro

Nella scuola accanto all'ospedale sono morti 44 bambini e chi resta fa lezione sotto una tenda... la vita continua ed il sorriso dei bambini lo testimonia quotidianamente

volta spesso minorenni, o dai padri; la maggior parte delle madri dell'area di Kinnya lavora come colf o badante nei vicini emirati arabi e fa ritorno a casa solo periodicamente.

Nell'ospedale è prevista un'area di degenza (8 posti letto per le donne, 8 per gli uomini ed 8 per i bambini); c'è poi una tenda a parte per le problematiche che necessitano l'isolamento.

All'interno dell'ospedale abbiamo lavorato a stretto contatto con i colleghi del posto, che da un punto di vista sanitario hanno la nostra stessa preparazione, mancano di strutture, ma in termini di preparazione non abbiamo nulla da insegnare.

In ospedale abbiamo dedicato tutto il tempo libero alla riorganizzazione della farmacia e del materiale sanitario che è stato mandato dall'Italia in grande quantità e con estrema generosità. I farmaci sono stati catalogati e ne sono state controllate le date di scadenza.

Ad agosto è stato effettuato un graduale passaggio di consegne, AISPO è subentrata alla Protezione Civile Italia e si è presa carico dell'ospedale che è stato successivamente ceduto al Direttore Sanitario Locale. Attualmente nell'ospedale da campo si alternano logisti italiani che assicurano il buon funzionamento della struttura ed un medico che, nella figura del Capo Progetto, sovrintende i lavori. Si è anche usciti dall'ospedale per dare sostegno alle attività di medicina del territorio; in particolare, si è

provveduto e si sta tuttora provvedendo alla ristrutturazione di centri di salute ove implementare i concetti relativi alla medicina preventiva. In tali strutture è possibile infatti effettuare un regolare ciclo vaccinale, per altro sovrapponibile al nostro, e regolari bilanci di salute. Alle madri vengono insegnate nozioni di puericul-

tura e vengono fornite indicazioni circa le modalità ed i tempi dello svezzamento.

Sono inoltre stati avviati corsi di formazione (radiologia, ecografia..) di volta in volta vengono inviate dall'Italia figure pertinenti per periodi limitati di tempo.

I tre mesi trascorsi sono letteralmente volati, è stata un'esperienza entusiasmante da tutti i punti di vista, sia sul piano umano che su quello professionale, abbiamo conosciuto religioni diverse, una cultura diversa... abbiamo vissuto la solidarietà.

Un sincero grazie ha chi a permesso tutto questo.



Infezioni respiratorie ricorrenti: clinica, diagnosi e terapia

G. Di Mauro¹, L. Marinello²

¹Pediatra di famiglia, Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale;

²Pediatra di famiglia, Componente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

È ben noto che il bambino si ammalava più frequentemente dell'adulto di infezioni respiratorie e tale maggiore incidenza è inversamente proporzionale all'età. Diversi studi hanno dimostrato che l'incidenza delle infezioni respiratorie è massima nei primi due anni di vita, fino a 6-7 episodi per anno. Ciò è valido per i paesi anglosassoni e scandinavi, dove la socializzazione è più precoce, ma sicuramente non ha un analogo riscontro in Italia, dove i bambini, in questa età, sono per lo più tenuti in ambito domiciliare. La frequenza media delle infezioni diminuisce a 4,5 episodi per anno dai 3 ai 5 anni ed ulteriormente in età scolare (13). Ma non è possibile standardizzare. Alcuni bambini presentano solo 3 episodi in un anno, altri anche 15 (11). Centinaia di virus possono essere responsabili di infezioni delle vie respiratorie, per cui sono neces-

si infettivi, che riguarda il 5-15% della popolazione infantile, quasi mai è riconducibile ad una patologia. Di solito si tratta di bambini sa-

razione.

Il sistema immunitario è ancora immaturo con livelli di IgA, IgG2 e IgG4 che aumentano progressiva-

Centinaia di virus possono essere responsabili di infezioni delle vie respiratorie, per cui sono necessari diversi anni prima che si raggiunga una esperienza immunologica adeguata

ni o con transitoria alterazione della integrità anatomico-funzionale dell'apparato respiratorio e/o del sistema immunitario. Le frequenti infezioni, inoltre, possono essere espressione anche dell'influenza di un ambiente sfavorevole (13).

Il bambino presenta un calibro ridotto delle vie aeree, ciò favorisce il ristagno di secrezioni e facilita l'at-

mente con l'età. Nei primi 2-3 anni il bambino non presenta una adeguata risposta anticorpale verso antigeni polisaccaridici, quali quelli dell'*Haemophilus influenzae* e dello pneumococco. Anche l'attività del complemento e dei granulociti presenta delle limitazioni.

Le mutate condizioni ambientali degli ultimi anni hanno accentuato il problema delle IRR.

La precoce socializzazione (asili nido), cui sovente è obbligata la famiglia con mamma lavoratrice, si rende responsabile di un incremento del 50% circa del numero di infezioni attese per l'età.

Inoltre l'esposizione al fumo passivo aumenta la frequenza di infezioni respiratorie. Infatti il fumo danneggia la clearance mucociliare, aumenta la reattività bronchiale e inibisce l'attività dei macrofagi alveolari.

La precoce socializzazione cui sovente è obbligata la famiglia con mamma lavoratrice è responsabile di un incremento del 50% circa del numero di infezioni attese per l'età

sari diversi anni prima che si raggiunga una esperienza immunologica adeguata (11).

L'aumentata suscettibilità agli agen-

tecchimento di germi. Peraltro il bambino non è in grado di soffiare il naso e presenta un riflesso tussigeno poco valido che ne limita l'espetto-

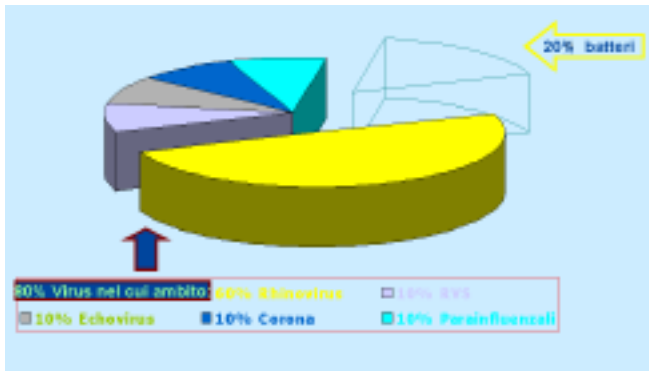


Fig. 1 - Eziologia delle infezioni respiratorie ricorrenti



Fig. 2 - Fattori patogenetici favorenti

Un ruolo rilevante gioca anche il numero dei conviventi, l'inquinamento ambientale e il basso livello socio-economico. Durante l'inverno il riscaldamento centralizzato determina nelle stanze la formazione di

zazione; infatti diversi studi hanno dimostrato che i bambini che vivono in città densamente popolate e ad alto grado di industrializzazione, contraggono più frequentemente infezioni respiratorie rispetto ai coetanei

ti acidi come l'anidride solforosa prodotta dalla combustione del petrolio. Tali sostanze si liberano anche nelle case da fonti energetiche per riscaldamento e per uso cucina svolgendo un'azione tossica diretta sulle mucose creando una iperreattività cronica mucosale. L'efficienza della clearance muco-ciliare è compromessa da metalli pesanti quali cromo, cadmio, nichel, piombo, amianto e dagli idrocarburi incombusti degli autoveicoli.

I bambini che vivono in città densamente popolate e ad alto grado di industrializzazione, contraggono più frequentemente infezioni respiratorie rispetto ai coetanei abitanti in zone rurali

un'aria calda e secca che si contrappone alla rapida caduta delle goccioline di saliva cariche di agenti infettanti (4). Un altro fattore ambientale è rappresentato dalla urbanizza-

zione. Ciò è dovuto in particolare a concentrazioni elevate di sostanze ossidanti (biossido di azoto e ozono) che derivano dal traffico autoveicolare e da inquinan-

Nella patogenesi è importante lo sviluppo di una situazione, peraltro transitoria, di modesto deficit immunologico indotta dagli stessi agenti patogeni nel loro continuo ricorrere e che ha fatto definire, da parte del Prof. Vierucci e del Prof. De Marti-

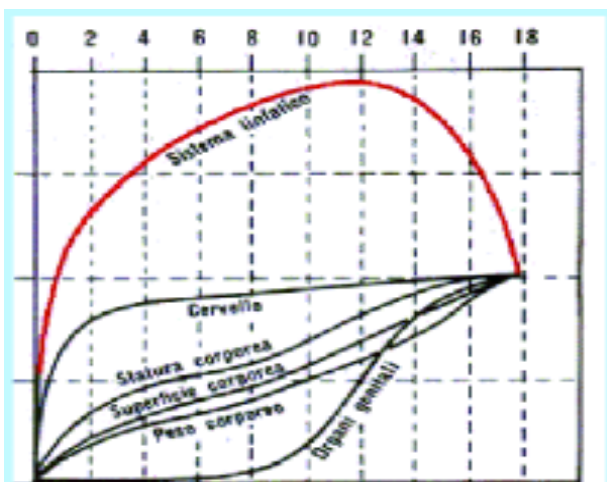


Fig. 3 - Fattori patogenetici favorenti



Fig. 4 - Sviluppo del sistema immunitario



Fig. 5 - Fattori ambientali favorenti

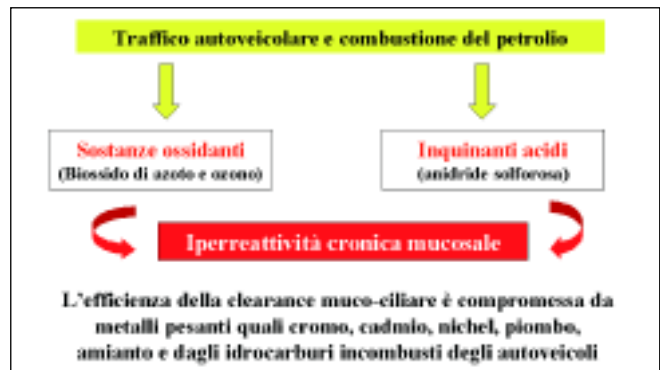


Fig. 6 - Fattori ambientali favorenti

no, il bambino IRR un “modello di immunodeficienza secondaria a infezione”. Molti virus sono in grado di

È stato ipotizzato nel bambino IRR un ritardo nel ripristino delle funzioni immunitarie disturbate dalla malattia

provocare modificazioni transitorie delle funzioni difensive agendo a vari livelli: ridotta produzione di citochine da parte dei linfociti, linfopenia periferica, riduzione dei CD4 e aumento dei CD8. Alcuni batteri svolgono attività proteolitica nei confronti delle IgA secretorie, riducono la capacità opsonizzante del siero per interazione con i meccanismi di attivazione del complemento, inibiscono la chemiotassi dei granulociti neutrofili. Questi difetti immunitari, evidenziabili in particolare durante il periodo di convalescenza, non sono più documentabili nel periodo di totale benessere, ma possono rendersi responsabili di un circolo vizioso “infezione-immunodepressione-infezione” che conduce al perpe-

tuarsi delle IRR (13) con l'intervento di fattori ambientali favorenti e agendo su un terreno immunologico predisponente (20).

La IRR è stata definita come una situazione caratterizzata da una più lunga anergia post-infettiva, cioè è stato ipotizzato nel bambino IRR un ritardo nel ripristino delle funzioni immunitarie disturbate dalla malattia e ciò è avvalorato da alcuni studi che dimostrano una predisposizione familiare allo sviluppo di IRR (12). È perciò importante in questi bambini allungare il tempo della convalescenza dopo una infezione, rimandando il reingresso in comunità.

Una piccola quota dei bambini con frequenti infezioni delle vie respiratorie è però affetto da immunodeficienze, malformazioni (a carico del setto nasale, dell'albero bronchiale, del complesso osteo-meatale ecc.) o da patologie (fibrosi cistica, malattie me-

È perciò importante in questi bambini allungare il tempo della convalescenza dopo una infezione, rimandando il reingresso in comunità

taboliche, discinesia ciliare, allergia, ipertrofia adenoidea) che si esprimono appunto con una aumentata suscettibilità a contrarre infezioni (13).

Uno dei problemi che più spesso il Pediatra di famiglia deve affrontare in ambulatorio è quello di stabilire se la ricorrenza e / o la gravità di tali episodi possono considerarsi “normali” o espressione di una vera e propria patologia (1). Tale compito è delicato e complesso, in quanto il confine tra il recidivare fisiologico e patologico delle infezioni non è sempre facile da tracciare (13).

Innanzitutto occorre valutare se la frequenza delle flogosi respiratorie è superiore a quella attesa per l'età e quindi tale da giustificare la definizione di “bambino con IRR”. La Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP) ha fissato come criterio per definire un bambino con IRR l'ammalarsi di infezioni respiratorie più di 6 volte l'anno o più di 1 volta al mese nei mesi compresi fra settembre ed aprile per le localizzazioni alte, e

più di 3 volte l'anno per quelle basse (18).

Ma per sospettare una franca patologia occorre affidarsi in particolare

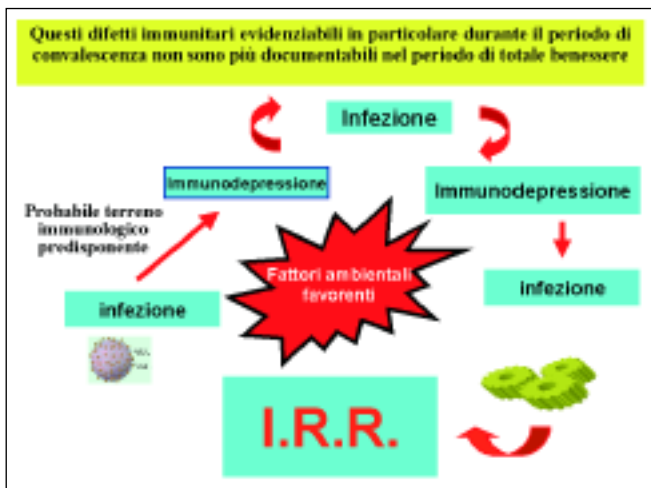


Fig. 7 - Fattori ambientali favorevoli



Fig. 8 - Bambino normale o IRR?

all'esperienza clinica e ai criteri epidemiologici (6). Occorre valorizzare non tanto il criterio numerico, ma effettuare una valutazione clinica integrata della gravità, della durata e della localizzazione dell'infezione. L'inizio della sintomatologia è in genere precoce (< a 1 anno di vita) in caso di patologia, più tardiva nelle IRR. Il bambino IRR ha una crescita in peso e altezza normale e un normale sviluppo psicomotorio, in caso contrario occorre sospettare una patologia. Il coinvolgimento anche di apparati diversi da quello respiratorio deve orientare verso una immunodeficienza. Il ripetersi dell'infezione nella medesima localizzazione rende probabile la presenza di alterazioni anatomiche. Ad esem-

pio le broncopneumoniti che recidivano a carico dello stesso distretto polmonare possono essere dovute a corpo estraneo o a malformazioni (sequestrazione, bronchiectasie), le otiti recidivanti ad alterazioni delle tube di Eustachio o a palatoschisi, le sinusiti ricorrenti ad alterazioni anatomiche del complesso osteo-meatale. La non gravità clinica e il benessere intercritico depongono per una IRR "fisiologica". In corso di patologia, invece, le infezioni hanno un decorso particolarmente grave con lenta risoluzione e potranno essere sostenute da patogeni inusuali (batteri generalmente saprofiti, virus di norma poco virulenti, funghi, protozoi). In corso di infezioni respiratorie ricorrenti occorrerà un'attenta indagi-

ne anamnestica atta ad individuare e, se possibile, eliminare i fattori ambientali favorevoli (precoce scolarizzazione, tabagismo passivo, inquinanti domestici, elevato numero di conviventi, deficit nutrizionali parziali ecc.). Se tali misure si riveleranno inefficaci o non applicabili, sarà opportuno procedere ad una serie di indagini che possiamo definire di primo livello e che comprendono:

- *esame emocromocitometrico completo*: conte linfocitarie ripetutamente basse (< a 1000/microl) indirizzano verso una immunodeficienza combinata grave; basse conte granulocitarie (< a 1500/microl) caratterizzano per definizione le granulocitopenie primitive e secondarie; l'anemia da infezione è un re-

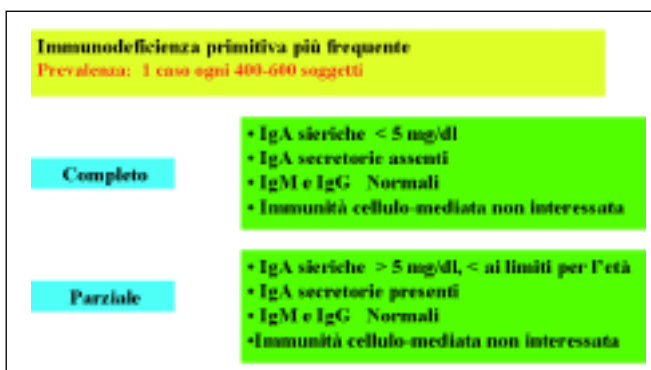


Fig. 9 - Deficit selettivo da IgA



Fig. 10 - Fattori ambientali favorevoli

- Dovuta a un ritardo del processo di maturazione dell'anticorpopoiesi
- Esordisce verso la fine del primo semestre
- IgG < a 200 mg/dl con conseguente abnorme suscettibilità alle infezioni
- Regredisce spontaneamente entro il terzo anno di vita
- Frequenza compresa tra 1 e 5% della popolazione

Fig. 11 - Ipogammaglobulinemia transitoria infantile

- ### Ruolo dei batteri atipici
- La *Chlamydia pneumoniae* e il *Mycoplasma pneumoniae* (patogeni intracellulari obbligati, distribuiti ubiquitariamente) causano infezioni delle alte e basse vie respiratorie quali otiti, sinusiti, faringiti, bronchite e sono responsabili del 10%-15% delle polmoniti acquisite in comunità (Hahn D.L. *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, and COPD: what is the evidence? Ann Allergy Asthma Immunol. 1999; 83: 271-292)
 - *Chlamydia pneumoniae* è più frequente nei bb. < 2 aa., si ritrova il più delle volte come co-patogeno e interessa infrequentemente le alte vie.
 - *Mycoplasma pneumoniae* è più frequente nei bb. > 5 aa. e può provocare anche infezioni delle alte vie (sinusiti e faringotonsilliti).

Fig. 12 - Le IRR: nuovi scenari e prospettive.

- perto frequente nelle immunodeficienze;
- *protidogramma*: permette una valutazione grossolana dei livelli di immunoglobuline e permette di escludere il deficit di alfa-1-antitripsina, che si associa a ridotti livelli di alfa-1-globuline;
 - *bilancio del ferro* (sideremia, transferrinemia, ferritinemia): l'anemia sideropenica predispone alle infezioni recidivanti;
 - *dosaggio delle IgE totali*;
 - *ricerca di SBEA*;
 - *dosaggio delle immunoglobuline sieriche* (IgG, IgA, IgM);
 - *VES, PCR*.

Le condizioni che più frequentemente possono essere evidenziate con queste indagini sono l'ipogammaglobulinemia transitoria e il deficit selettivo di IgA.

Quest'ultimo rappresenta la più frequente immunodeficienza primitiva con una prevalenza di un caso ogni 400 - 600 soggetti. Il **deficit selettivo di IgA** si definisce completo se le IgA sieriche sono inferiori a 5 mg/dl e quelle secretorie (IgAs) sono assenti. In questo caso i livelli di IgM e IgG sono normali (nel 20% dei casi si trovano bassi livelli di IgM e di IgG4) e non è interessata l'immunità cellulo-mediata. Si definisce invece deficit selettivo di IgA parziale la condizione in cui i livelli

di IgA sieriche sono superiori a 5 mg/dl ma non raggiungono i limiti inferiori per l'età. Le IgA secretorie sono, in questo caso, presenti nelle secrezioni. Il deficit selettivo di IgA si caratterizza clinicamente per infezioni ricorrenti a carico del tratto respiratorio e gastroenterico. Tale patologia si associa ad allergopatie, soprattutto asma bronchiale, nel 30% dei casi.

Il deficit selettivo di IgA si caratterizza clinicamente per infezioni ricorrenti a carico del tratto respiratorio e gastroenterico.

La celiachia è circa 20 volte più frequente che nella popolazione generale. Si rinvengono autoanticorpi circolanti in 1/3 dei pazienti e sono più frequenti malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide giovanile (2-3%), il LES (4%), le tiroiditi autoimmuni, l'anemia perniziosa, l'epatite cronica attiva e il diabete giovanile. Tale patologia è da ricondurre alla assenza delle IgA secretorie che ricoprono normalmente come una "vernice antisettica" tutte le mucose proteggendo dalle infezioni. La loro assenza permette, oltre al passaggio di germi, anche il passaggio di allergeni inalatori ed alimentari

(malattie allergiche) e di numerose sostanze antigeniche che possono cross-reagire con antigeni del self (malattie autoimmuni) (7). L' **ipogammaglobulinemia transitoria infantile** è una condizione dovuta al ritardo del processo di maturazione dell'anticorpopoiesi le cui cause non sono note. Esordisce verso la fine del primo semestre, quando, riducendosi le IgG materne, vie-

ne a determinarsi una ipogammaglobulinemia (IgG inferiori a 200 mg/dl) che, in genere, si accompagna ad una abnorme suscettibilità alle infezioni e che regredisce spontaneamente entro il terzo anno di vita. La sua frequenza varia nei diversi studi tra l'uno e il 5% (5). La diagnosi di ipogammaglobulinemia transitoria infantile è una diagnosi a posteriori, mancando markers sicuri di tale immunodeficienza (5). Se le indagini di 1° livello non consentono di individuare una possibile causa si passa ad indagini di secondo livello, che saranno orientate a seconda dei quadri clinici particolari

delle alte e delle basse vie respiratorie e saranno personalizzate in rapporto ai sospetti clinici prioritari (13): valutazione endoscopica nasale e test allergologici nelle infezioni aspecifiche delle alte vie aeree; valutazione endoscopica nasale, test allergologici, test del sudore, valutazione immunologia, TAC dei seni paranasali, biopsia della mucosa nasale nelle sinusiti recidivanti; defini-

re o universitarie più specificamente dedite allo studio del bambino con IRR.

In una parte dei bambini con infezioni respiratorie ricorrenti un ruolo hanno i batteri "atipici" *Chlamydia pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*, patogeni intracellulari obbligati, ubiquitariamente distribuiti, che sono responsabili di infezioni delle alte e basse vie respiratorie, quali oti-

bambini ed ha documentato una correlazione tra presenza del microrganismo e ridotta funzionalità respiratoria (17).

Gli antibiotici beta-lattamici non hanno un ruolo nella terapia in quanto non sono in grado di attraversare la membrana plasmatica, a differenza dei macrolidi che, per la loro liposolubilità, penetrano nella cellula. Per tal motivo, la terapia della patologia da batteri atipici si basa sull'impiego dell'Azitromicina (10 mg/Kg/die in 1 dose per 3 giorni consecutivi da ripetere per 3 settimane) o sull'impiego di altri macrolidi (claritromicina, eritromicina, rokitamicina, roxitromicina, miocamicina) per 21 giorni (8).

In una parte dei bambini con infezioni respiratorie ricorrenti un ruolo hanno i batteri "atipici" *Chlamydia pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*

zione etiologica per SBEA nelle faringotonsilliti; valutazione endoscopica nasale e test allergologici nelle otiti medie; test allergologici nelle laringiti e bronchiti asmatiche; rx torace, test allergologici, test del sudore, spirometria, mantoux, TAC torace, endoscopia bronchiale, phmetria, endoscopia gastroesofagea, valutazione immunologia, biopsia delle ciglia bronchiali nelle broncopolmoniti.

Il più delle volte per motivi pratici si preferisce demandare le indagini di secondo livello a strutture ospedalie-

ti, sinusiti, faringiti, bronchiti e del 10-15% delle polmoniti acquisite in comunità (10). La *Chlamydia pneumoniae* è più frequente nei bambini di età inferiore a 2 anni, si ritrova il più delle volte come co-patogeno e interessa infrequentemente le alte vie, mentre il *Mycoplasma pneumoniae* è più frequente nei bambini di età superiore a 5 anni e può provocare anche infezioni delle alte vie (sinusiti e faringotonsilliti) (8).

Un'ampia casistica su 799 bambini con respiro sibilante persistente (Ouchi e coll., 1999) ha evidenziato

una risposta anticorpale anticlamidia nel 12.8% e antimycoplasma nel 4.4% dei soggetti.

Un altro studio del 2001 su 148 bambini con asma ha evidenziato una PCR (Protein Chain Reaction) positiva per *Chlamydia pneumoniae* nel 52% dei

In che modo intervenire nelle Infezioni Respiratorie Ricorrenti?

Occorre trattare il singolo episodio. Tenendo presente che nella massima parte dei casi l'eziologia è virale, è necessario evitare, quanto più possibile, l'uso degli antibiotici. Per lo più non sono necessarie indagini di approfondimento diagnostico. E' fondamentale tranquillizzare i genitori, eliminare i fattori favorenti, allontanare il piccolo dalla comunità per almeno 15 giorni dopo un episodio ed abolire fumo di sigaretta e altri inquinanti del micro-ambiente.

Di fronte alle lamentele di un genitore perché il bambino è sempre malato, il pediatra deve saper sedare l'ansia, facendo capire che si tratta di un problema benigno destinato a risolversi con il tempo (11). Tale compito è delicato e non semplice in quanto uno dei paradossi della medicina consiste nel fatto che, quando un medico pone una diagnosi di malattia e prescrive delle indagini o una terapia dolorosa e costosa, il suo approccio viene accettato senza difficoltà. Viceversa il medico che pone una diagnosi e consiglia di attendere

Per sedare i timori dei genitori occorre dedicare al caso un tempo sufficiente, facendo percepire che si stanno raccogliendo tutte le informazioni utili

Dopo un attento esame clinico, se il pediatra è convinto che si tratti di una IRR "fisiologica", dovrebbe asserire:

"Sono sicuro che il sistema immunitario del vostro bambino è normale perché...", elencando le caratteristiche dell'anamnesi e dell'esame clinico che permettono tale conclusione.

"Comunque desidero far eseguire alcuni semplici esami di laboratorio che dovrebbero confermare la mia opinione".

Fig. 13 - Intervento del pediatra

che la situazione clinica migliori naturalmente, deve lottare a lungo per difendere il suo punto di vista. Per sedare i timori dei genitori occorre dedicare al caso un tempo sufficiente, facendo percepire che si stanno raccogliendo tutte le informazioni utili. Dopo un attento esame clinico, se il medico è convinto che si tratti di una IRR “fisiologica”, dovrebbe asserire: “Sono sicuro che il sistema immunitario del vostro bambino è normale perché...”, elencando, a questo punto, le caratteristiche dell’anamnesi e dell’esame clinico che permettono tale conclusione. “Comunque desidero far eseguire alcuni semplici esami di laboratorio che dovrebbero confermare la mia opinione”. In tal modo non si gioca sull’equivoco e se il bambino dovesse veramente avere un deficit immunitario si può rettificare la precedente affermazione senza imbarazzo (11). Se, invece, si trasmette una sensazione di incertezza i genitori si potrebbero sentire motivati a richiedere ulteriori esami, anche se i primi sono risultati negativi, e a cambiare medico.

E cosa dire della prescrizione degli immunostimolanti?
Si tratta di una classe di farmaci molto eterogenea proposti per la prevenzione e per il trattamento delle infezioni recidivanti dell’apparato respiratorio: estratti batterici per lisi chimica (alcalinizzazione + filtrazione su gel), OM-85 (Broncho-Munal, Broncho-Vaxom); estratti batterici per lisi meccanica (sonicazione), PMBL (Ismigen) e LW 50020 (Paspaspat); frazioni di membrana e ribosomi D53 (Immucyral, Biomunil); glicoproteine di *Klebsiella pneumoniae*, RU41740 (Biostim); prodotti di sintesi, pidotimod (Polimod, Pigitol); propoli; echinacea; uncaria tormentosa; betaglucano ecc. Parecchi dei lavori presentano lacu-

ne e omissioni nei materiali e metodi (16). Molti trial sono sponsorizzati dalle case farmaceutiche produttrici delle molecole testate.

Di recente, su una prestigiosa rivista statunitense (Arch. Pediatr. Adolesc. Med.), è stata pubblicata una sperimentazione clinica controllata con un prodotto denominato Chizukit, una miscela di echinacea, propoli e vitamina C, non in commercio in Italia, che ha mostrato di dimezzare le infezioni rispetto al placebo (3).

La vitamina A e lo zinco funzionano dove vi è carenza, per cui hanno dimostrato di dimezzare le infezioni gravi nei paesi poveri; ma dove non c’è carenza, nessun effetto è stato dimostrato (15).

Varie metanalisi sono state effettuate per valutare gli immunostimolanti, ma considerandoli isolatamente. Una metanalisi, invece, ha comparato i dati di 27 studi, in doppio cieco controllati con placebo, sugli immunostimolanti utilizzati in pediatria in Messico (6). Per ciascuno studio è

stato valutato, a sei mesi dall’inizio del trattamento, il numero di infezioni respiratorie, come media e deviazione standard, nel gruppo trattato con ciascun immunostimolante e nel gruppo controllo e le rispettive percentuali con deviazione standard considerando come 100% la media



Fig. 14 - Immunostimolanti

“Negando personali conflitti di interesse, se devo badare alla bibliografia (e a cosa altro?), non ritengo che gli immunostimolanti in genere, e gli estratti batterici in particolare, possano essere sbrigativamente gettati nel cestino dei placebo (anche se la prudenza mi ripete che non sarebbe male avere a disposizione almeno un altro studio largo, ben disegnato e ben condotto, policentrico, al di sopra di ogni sospetto, sicuramente esente da conflitti di interesse più o meno mascherati). Ci potrebbero pensare i pediatri di famiglia italiani?”

F. Panizon

Fig. 15

delle infezioni nel gruppo controllo. Infine gli effetti di ciascun immunostimolante valutati nei singoli studi sono stati combinati per stabilire l'effetto globale.

Un effetto significativo è stato riportato per D53 (- 31.86%) ma in particolare per OM-85 (-39.28%). L'effetto di quest'ultimo è stato an-

Nei bambini che "preoccupano i genitori" e che diventano un problema di gestione per il pediatra, non deve scandalizzare l'uso di un immunostimolante più o meno correttamente sperimentato

cora maggiore a Città del Messico (- 46.85%).

Significativo è un concetto espresso dal Prof. Panizon in suo recente articolo sull'argomento: "Negando personali conflitti di interesse, se devo badare alla bibliografia (e a cosa altro?), non ritengo che gli immunostimolanti in genere, e gli estratti batterici in particolare, possano essere sbrigativamente gettati nel cestino dei placebo (anche se la prudenza mi ripete che non sarebbe male avere a disposizione almeno un altro studio largo, ben disegnato e ben

condotto, policentrico, al di sopra di ogni sospetto, sicuramente esente da conflitti di interesse più o meno mascherati). Ci potrebbero pensare i pediatri di famiglia italiani?" (15)

Considerato che l'IRR è destinata in ogni caso a guarire, nei bambini che "preoccupano i genitori" e che diventano un problema di gestione per il pediatra, non deve scandalizzare l'uso di un immunostimolante più o meno correttamente sperimentato (15).

Bibliografia

1. Armenio L., Cardinale F. e al. Il bambino con infezioni respiratorie ricorrenti XVI Incontro di Pratica Pediatrica, Circeo 11-14 Giugno 1996: 105-113
2. Burgio G.R., Marseglia G.L. Il bambino con infezioni respiratorie ricorrenti Incontri di studio a Tabiano Terme, 1990; Anno I N° 1: 35-37
3. Cohen HA, Varsoud I, Kahen E, et al. Effectiveness of an herbal preparation containing achinacea, propolis and vitamin C in preventing respiratory tract infections in children. A randomised double-blind placebo-controlled, multicentric study. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 222
4. Corrias A., Rossi G. e al. Il Bambino con Infezioni Respiratorie Ricorrenti *Pediatr* 1987; Anno III N° 3: 19-23
5. Duse M. Ipogammaglobulinemia transitoria infantile *Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica* 1999; XIII-1: 16-20
6. Duse M., Girelli F. La Gestione Ambulatoriale del Bambino con Immunodeficienza *Pediatria* 2000 "Approccio multidisciplinare in pediatria" Assisi 29-31 Maggio 1997: 109-114
7. Duse M., Ugazio A.G. Malattie da insufficienza delle difese immunitarie: le immunodeficienze *Pediatria Politematica* diretta da Burgio G.R. 1998 UTET
8. Esposito S., Blasi F., Arosio C. et al. Importance of acute Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae infections in children with wheezing. *Eur. Respir. J.* 2000; 16: 1142-1146
9. Giovannini M., Fiocchi A., Zuccotti G.V. Le infezioni respiratorie recidivanti *Infezioni Respiratorie in Pediatria* 1992: 21-23 Edizioni Minerva Medica
10. Hahn D.L. Chlamydia pneumoniae, asthma, and COPD: what is the evidence? *Ann.Allergy Asthma Immunol.* 1999; 83: 271-292
11. Hong R. Infezioni Ricorrenti *Pediatrics in Review* 1991; Vol. 1 N° 1: 24-27
12. Lepore L., Longo F., Panizon F. Il Bambino con Infezioni Respiratorie Ricorrenti *Medico e Bambino* 1986; V-8: 626-629
13. Marseglia G.L., Ricci A. e al. Il Bambino con Infezioni Respiratorie Ricorrenti *Edit Symposia* 1998; Vol. 2: 307-324
14. Marchetto S, Paganelli S, De Martino M. Le infezioni respiratorie ricorrenti: quale prevenzione? *Area Pediatrica* Anno 6 N° 2, Feb. 2004 Masson
15. Panizon F. Dal bambino linfatico al bambino con Infezioni Respiratorie Ricorrenti - *Medico e Bambino* Vo. 25 N° 3, marzo 2006: 183-189, Edifarm
16. Ronfani L, Bozzetti R. Efficacia dei farmaci immunostimolanti nella prevenzione delle infezioni ricorrenti in età pediatrica. Da: Ugazio AG, Cavagli G. Il bambino con infezioni ricorrenti. Milano, Masson Ed, 2003
17. Schmidt S.M., Muller C.E., Bruns R., Wierbitzky S.K. Bronchial chlamydia pneumoniae infection, markers of allergic inflammation and lung function in children. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2001; 12: 257-265
18. SOCIETA' ITALIANA DI ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA PEDIATRICA - Le infezioni ricorrenti nel bambino: definizione ed approccio diagnostico *Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica* 1988, 2, 122
19. Ugazio A.G., Duse M. Il Bambino Immunodepresso, perché lo è e come va difeso Seconda Edizione 1995 Casa Editrice Ambrosiana
20. Vierucci A. e al. Le Infezioni Ricorrenti *Medico e Bambino* 1989; VIII-2: 26-32

Il progetto "Dimissione Appropriata della madre e del neonato sano": modello operativo integrato tra Ospedale e Territorio di Parma.

G. Izzi¹, P. Salvini², P. Vitali³, E. Volante⁴, A. Grignaffini⁵, G. Gazzola⁶, E. Voccia⁷

¹U.O. di Pediatria e Oncoematologia – Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, ²Servizio "Salute Donna" AUSL di Parma, ³Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, ⁴Istituto di Puericultura e Patologia Neonatale Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, ⁵Clinica Ostetrica Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, ⁶Pediatra di libera scelta FIMP, ⁷Pediatra di libera scelta SMPP.

PAROLE CHIAVE

Dimissione del neonato sano

KEY WORDS

Healthy newborn discharge

SUMMARY

An organizational model designed in the year 1999 and made operational in the health domain of Parma and its provinces in the year 2000, has proven its worth in the realisation of a network of health services involving the Hospital and the Parma Health Unit, that would ensure a continuity in the health care of the mother and newborn discharged from the hospital just 48 hours after birth. After a phase of experimental organisation, the project, "Appropriate Discharge of mother and healthy newborn" enables a quick and protected discharge of the mothers and their babies, assuring a careful evaluation of the clinical situation through an obstetrician who visits the mother and newborn in their home within a period of 48 hours after discharge from hospital and through the consultation of a paediatrician already chosen before the child is born. This health project, with its different phases of operation at the level of the hospital and the health unit, develops all the competences and professionalism necessary for the realisation of a pattern that would be suitable, effective and coherent with the current health legislation. It also represents an important step forward in rendering the relationship mother-newborn the central element of the event birth

RIASSUNTO

Il modello organizzativo, progettato nel 1999 e messo in atto nel 2000 nella realtà sanitaria di Parma e provincia, ha dimostrato tutta la sua validità nella realizzazione di una rete di servizi sanitari tra struttura ospedaliera e territorio al fine di garantire, attraverso la continuità assistenziale, la salute della puerpera e del neonato dimessi entro le 48 ore dall'evento nascita. Dopo un fase di sperimentazione organizzativa, il progetto "Dimissione appropriata della madre e del neonato sano" consente alle madri e ai loro bambini una dimissione precoce e protetta, garantendo un'attenta valutazione della situazione clinica tramite una visita a domicilio da parte dell'ostetrica del consultorio entro le 48 ore e la consultazione del pediatra, già individuato prima della nascita. Il progetto sanitario, con le sue diverse fasi di attivazione tra le strutture ospedaliere e territoriali, sviluppa tutte le competenze e le professionalità utili alla realizzazione di un percorso condiviso, efficace e coerente con la legislazione sanitaria vigente. Esso rappresenta inoltre un passo importante per rendere il rapporto madre-bambino un elemento centrale dell'evento nascita.

Premessa

Il progetto nasce alla fine del 1998, sulla scorta della letteratura scientifica internazionale (1, 2) che proponeva la dimissione della puerpera e del neonato entro 48 ore dalla nasci-

ta rispetto alla tradizionale dimissione in 4°-5° giornata. A Parma, l'esperienza dell'Istituto di Clinica Ostetrica e dell'Istituto di Puericultura e Patologia Neonatale, aveva nei fatti attuato una dimissione *precoce* del neonato, vale a dire prima

del consueto, senza una standardizzazione della giornata di dimissione. In considerazione del buon livello sanitario intra ed extraospedaliero, il progetto "Dimissione appropriata della madre e del neonato sano" si proponeva la creazione di una rete di



servizi di assistenza alla donna e al bambino su tutto il territorio comunale di Parma. Gli obiettivi rilevanti del progetto erano: salvaguardare lo stato di benessere psico-fisico di madre e neonato, prevenendo possibili eventi patologici e nell'ottica di una demedicalizzazione dell'evento nascita (3, 4); costruire un percorso assistenziale che rispondesse all'istanza delle donne di umanizzazione delle cure e di considerare l'evento "nascita" come evento fisiologico e momento familiare e sociale, garantendo tuttavia la funzionalità della struttura ospedaliera nei casi patologici; valutare la possibilità di ridurre la degenza, contenendo la spesa sanitaria, con un utilizzo appropriato delle risorse umane e delle strutture assistenziali in essere. In questo si voleva dare una risposta all'istanza, sempre più espressa, di riappropriarsi dell'evento nascita da parte della popolazione femminile e all'esigenza di maggior funzionalità della struttura ospedaliera per un evento non patologico. Lo stesso aggettivo scelto per la definizione del percorso ("dimissione appropriata") era un richiamo alle direttive nazio-

nali, regionali e aziendali di corretto accesso alle risorse sanitarie attraverso un utilizzo *appropriato* delle risorse umane e delle strutture assistenziali. Un secondo aspetto riguarda la possibilità di realizzare questo passaggio culturale assistenziale, assicurando una continuità di cure tale per cui non vi era momento che vedeva il neonato privo di assistenza pediatrica, che era prestata dal neonatologo, durante il ricovero

ospedaliero, e dal pediatra di libera scelta, già individuato prima della nascita, dopo la dimissione. L'esperienza clinica di quegli anni a Parma aveva dimostrato come la maggior precocità della dimissione del neonato non comportasse un significativo aumento dei rischi per la salute del bambino e della madre. Si è co-

stituita una commissione mista tra Azienda Ospedaliero Universitaria e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, di concerto con i Pediatri di libera scelta, che ha progettato e definito il protocollo di sperimentazione di fase iniziale, concluso alla fine del 1999 e reso operativo nel giugno 2000 con delibera delle due Aziende sanitarie.

A questi aspetti tecnico-assistenziali, si sono voluto affiancare aspetti di educazione alla salute e di attacco materno, per i quali il momento e le modalità della dimissione della mamma e del neonato dall'ospedale costituiscono un evento importante, capace di orientare in senso positivo la relazione madre-bambino e la relazione parentale complessiva. La struttura ospedaliera, con i vincoli organizzativi, logistici e funzionali legati alla necessità di rispondere alle situazioni cliniche più diverse, non può garantire le richieste di accogliente contenimento e serena progettualità che una nuova vita sollecita, come invece può avvenire a casa del neonato e nel proprio ambiente familiare. Per render più sereno il rientro a domicilio della

Per rendere più sereno il rientro a domicilio della puerpera e del suo bambino e salvaguardare lo stato di benessere psicofisico di entrambi, si è individuato un percorso assistenziale

puerpera e del suo bambino e salvaguardare lo stato di benessere psicofisico di entrambi, si è individuato un percorso assistenziale che garantisce la salute di entrambi attraverso un'organica integrazione tra i Reparti di Ostetricia e di Puericultura e Medicina Neonatale, i Consultori Familiari del Distretto di Parma, la

Pediatria di libera scelta e i Medici di Medicina Generale. In fase di studio iniziale, l'adesione al progetto da parte della madre era su base spontanea attraverso un consenso informato, reso dalla donna già durante il periodo della gravidanza, prima del ricovero ospedaliero per il parto, in modo che la scelta fosse effettuata con sufficiente conoscenza del percorso stesso. Essendo molto articolato in quanto esteso a tutto il territorio comunale e condiviso con molte équipe curanti, era necessario che a tutti gli operatori fosse noto e da tutti condiviso, sia in ospedale che nel territorio. Pertanto sono stati predisposti adeguati momenti di formazione e informazione e la preparazione di un opuscolo illustrativo. Il progetto "Dimissione appropriata" ha previsto una fase di un anno come percorso sperimentale, per verificare e definire le funzioni, le competenze, le integrazioni e le attività operative che le diverse figure professionali coinvolte devono esercitare per la realizzazione del progetto stesso, stabilendo un percorso *discusso, condiviso, protetto e controllato* da tutte le componenti che vi partecipano, ma anche poter verificare i risultati sulla salute dei neonati e delle puerpere.

Dal 2003 la "Dimissione appropriata" è attuata su tutto il territorio provinciale, gestito con una convenzione tra le Aziende Unità Sanitaria Locale di Parma, Azienda Ospedaliera Universitaria e Pediatri di libera scelta di Parma.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto è di promuovere lo stato di benessere psico-fisico della madre e del neonato, riconoscendo il parto e la nascita quali eventi fisiologici che non abbisognano di particolari misure tera-

peutiche, ma piuttosto di un'adeguata rete di servizi, rete che viene assicurata dalla collaborazione tra i reparti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, i Consultori Familiari del distretto Parma dell'AUSL e i Pediatri di libera scelta. Obiettivi specifici sono:

- Favorire l'attivazione di risorse individuali e di coppia per migliorare la relazione padre - madre - bambino.
- Incentivare e sostenere l'allattamento al seno.
- Costruire un percorso operativo che garantisca l'integrazione tra i vari servizi sanitari di Parma.

L'obiettivo generale del progetto è di promuovere lo stato di benessere psico-fisico della madre e del neonato, riconoscendo il parto e la nascita quali eventi fisiologici

- Analizzare l'appropriatezza dell'uso delle strutture coinvolte nel progetto.
- Ridurre la degenza ospedaliera e favorire il rientro al proprio domicilio della madre e del neonato attraverso la dimissione entro 48 ore dal parto.

Struttura del progetto

I partecipanti al progetto sono:

1. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, con Distretto di Parma e i Pediatri di libera scelta, coordinati dal Servizio "Salute Donna"
2. Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma con l'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica e Istituto di Puericultura e Medicina Neonatale, coordinati dalla Direzione Sanitaria.

Fasi del progetto

1. Fase pre-parto

È la fase durante la quale si attua la corretta informazione della donna sul progetto di "Dimissione appropriata". È suddivisa in :

1. Informazione generale, estesa a tutta la popolazione del Comune di Parma tramite i mezzi di comunicazione. È una diffusione non mirata alla sola popolazione femminile, ma la più ampia possibile e prolungata nel tempo.
2. Informazione orientata e dedicata, rivolta a tutte le donne gravide, che

possono partecipare al progetto. Questa fase prevede la predisposizione di una serie di supporti cartacei e di documentazione, che si possono così riassumere:

- Progetto "Dimissione appropriata", dettagliato in tutte le sue fasi,
- Modulo per il consenso informato della donna,
- Modulo per l'acquisizione del Pediatra di libera scelta,
- Modulistica per la rilevazione dei dati clinici del neonato e della puerpera,
- Modulistica per la visita domiciliare della puerpera e della visita domiciliare pediatrica,
- Informazioni di supporto e norme assistenziali utili al progetto,
- Elenco delle strutture sanitarie coinvolte nella realizzazione del progetto, gli orari di servizio, i numeri telefonici e tutto quanto può essere utile per l'utenza.

Modalità di informazione

Le informazioni relative al progetto “Dimissione appropriata” vengono fornite, assieme alle altre possibilità assistenziali offerte dalle Aziende Sanitarie di Parma, durante il corso di preparazione al parto ovvero in occasione delle visite durante la gravidanza nelle strutture dedicate. È in questa fase che la donna viene a conoscenza di tutte le possibilità che l'AUSL le offre e le modalità di partecipazione, cui deve attenersi, e può porre le domande e valutare le risposte ai dubbi in merito al progetto.

Per partecipare al progetto, la madre e il bambino devono possedere una serie di condizioni, che assicurino la buona riuscita di tutte le fasi assistenziali, con la massima attenzione alla salute del neonato e della madre

Tutto il personale di assistenza coinvolto nel progetto, appartenente ad entrambe le Aziende Sanitarie di Parma, deve fornire uniformità di informazione ed avere in dotazione tutta la modulistica predisposta per il progetto assistenziale, assieme ai documenti necessari per il consenso informato e per l'acquisizione - prima della nascita - dell'accettazione da parte del Pediatra di libera scelta del futuro neonato. Le figure professionali, sia dell'Azienda Ospedaliera che dell'Azienda USL, impegnate in questa fase informativa e didattica sono: il medico ginecologo del Distretto e della Clinica Ostetrica, l'ostetrica del Distretto e della Clinica Ostetrica, il Neonatologo, il Pediatra di libera scelta ed il Personale Infermieristico ospedaliero della Clinica Ostetrica e del Nido, i quali dovranno garantire un'uniformità di informazione per favorire la comprensione da parte dell'utenza del progetto

stesso e consegnare e commentare l'opuscolo illustrativo del percorso “Dimissione appropriata”.

2. Fase intraospedaliera

Questa fase comprende la sequenza di eventi e di azioni che si svolgono presso l'Ospedale di Parma, e, in particolare, quanto attiene all'attività della Clinica Ostetrica e Ginecologica e dell'Istituto di Puericultura e Medicina Neonatale. Tutto il personale sanitario (Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi, Personale In-

fermieristico) deve acquisire una corretta informazione sul progetto e sulle eventuali alternative assistenziali; deve collaborare alla sua realizzazione, curare i rapporti umani e saper offrire un valido supporto alle madri. Le indicazioni devono essere univoche, chiare, mirate a favorire un sereno ritorno a casa, secondo gli obiettivi che il progetto si propone. Perché ciò avvenga è necessario che, nel percorso di assistenza intraospedaliera, sia valutato con attenzione quanto la madre ha acquisito degli strumenti minimi indispensabili alla cura del neonato. A fianco di questa azione di educazione sanitaria, vengono erogate, durante il ricovero ospedaliero, tutte le normali attenzioni cliniche alla puerpera e al neonato, i quali sono sottoposti alle valutazioni secondo la prassi clinica consolidata.

2.1 Screening neonatali

Per essere attendibili, gli screening

metabolici neonatali (galattosemia, fenilchetonuria, ipotiroidismo, ecc.) devono essere effettuati almeno dopo 3-4 pasti di latte. Se il prelievo ematico per gli screening non può essere eseguito in ambiente ospedaliero - prima della dimissione - esso sarà effettuato da parte delle ostetriche, durante la prima visita domiciliare. Il materiale biologico prelevato viene centralizzato presso l'Istituto di Puericultura e Medicina Neonatale per il completamento amministrativo previsto e l'invio presso il laboratorio convenzionato per le analisi.

2.2 Condizioni necessarie per la “Dimissione appropriata”

Si è convenuto che, per partecipare al progetto, la madre e il bambino devono possedere una serie di condizioni, che assicurino la buona riuscita di tutte le varie fasi assistenziali, con la massima attenzione alla salute del neonato e della madre per impedire ogni inconveniente, che sia rilevabile durante il ricovero ospedaliero, e quindi prevedibile.

Senza che siano soddisfatti tutti questi requisiti, il singolo caso della madre e il neonato, indipendentemente dal periodo di dimissione, non può essere inserito in questo progetto sperimentale di “Dimissione appropriata”.

Le condizioni sono:

a) Condizioni cliniche di tipo ostetrico:

- Assenza di patologia gestazionale maggiore
- Assenza di patologia infettiva ante-intrapartum (R.P.M., ipertermia, amniotite, etc)
- Assenza di complicanze emorragiche del post-partum o del puerperio
- Assenza di complicanze infettive puerperali
- Attuazione di procedura chirurgica

ca routinaria

- Assenza di complicanze delle suture chirurgiche

- Regolare involuzione uterina

b) Condizioni cliniche neonatali:

- Età gestazionale: 37- 42 settimane
- Apgar a 5': > 7
- Peso: > 2500 g
- Esame clinico obbiettivo: nella norma
- Alvo e diuresi regolari
- Calo ponderale: < 10% del peso alla nascita
- Nessuna terapia in atto
- Età, alla dimissione, di 48 ore (con limite minimo tra la 44° ora e massima 56° ora).

c) Consenso informato:

È indispensabile che il consenso informato, firmato dalla madre, sia acquisito *prima della dimissione* dalla Clinica Ostetrica, in quanto la sua mancanza è condizione di esclusione dallo studio, questo per evitare che il neonato sia privo di un pediatra di riferimento per ogni eventuale dubbio interpretativo delle condizioni cliniche del bambino, con pericolo di sottostima di eventi clinici significativi per la salute del bambino.

d) Scheda di accettazione del Pediatra di libera scelta:

All'atto della dimissione, i genitori devono fornire al Neonatologo ospedaliero un modulo, firmato dal Pediatra di libera scelta che si assume la responsabilità della presa in carico del neonato. È necessario che la scheda di accettazione sia sottoscritta dal pediatra *prima della dimissione* dal Nido della struttura ospedaliera in quanto la sua mancanza è condizione di esclusione dallo studio. Con questo atto, il pediatra si impegna a sottoporre il neonato a visita medica entro 72 ore dalla dimissione, con compilazione di un modulo di valutazione post-dimissione da ri-

tornare all'Istituto di Puericoltura e Medicina Neonatale.

2.3 Condizioni che impediscono la "Dimissione appropriata"

Vi sono condizioni che impediscono l'attivazione del progetto "Dimissione appropriata", in quanto rendono impossibile assicurare l'applicazione di tutte le fasi del percorso previsto. Queste condizioni sono di diverso ordine:

1) Condizioni cliniche e psicologiche e/o sociali: mancanza, a giudizio del medico ostetrico curante, delle condizioni cliniche, fisiche, psicologiche e sociali per una corretta cura del neonato a domicilio.

2) Motivi logistici: residenza della madre in abitazioni molto lontane e disagiati.

3) Motivi temporali: non rientrano nello studio le madri che vengono dimesse nelle giornate precedenti due festività contigue, in quanto non possono essere visitate a domicilio nei tempi previsti dal progetto.

3 Fase domiciliare

È la fase che caratterizza tutto il progetto e rende attuabile il rientro al domicilio della madre e del bambino in condizioni di sicurezza dal punto di vista sanitario e di protezione da un punto di vista assistenziale. È anche il percorso che qualifica il progetto "Dimissione appropriata", in quanto rende possibile creare un ambiente sereno e sollecito

verso il nuovo nato nella famiglia stessa, attivando le risorse familiari, in un corretto dialogo fra le istanze sanitarie e personali, favorendo in tal modo l'acquisizione di una sufficiente sicurezza e dimestichezza con le prime fasi della assistenza al proprio bambino e di cura del proprio corpo da parte della donna. È molto importante che tutto il nucleo familiare conosca le opportunità che il progetto offre, ma anche i suoi limiti, per rendere sereno il rapporto con gli operatori sanitari, in modo che vi sia un utilizzo delle risorse del territorio nel modo corretto e un uso appropriato delle risorse stesse. Al momento della dimissione, la madre deve essere consapevole che, al suo ritorno a casa, non è abbandonata a se stessa, ma può contare sulla com-

La madre deve essere consapevole che, al suo ritorno a casa, non è abbandonata a se stessa, ma può contare sulla competenza, collaborazione e assistenza di un'ostetrica e del pediatra di libera scelta

petenza, collaborazione e assistenza di un'ostetrica, che già il giorno successivo la visiterà a domicilio, e del pediatra di libera scelta, che visiterà il bambino entro i successivi 2-3 giorni.

In più, sul piano assistenziale, è predisposta una rete di interventi di secondo livello, qualora l'ostetrica o il pediatra, ritenessero necessari accertamenti più complessi per definire quadri clinici sospetti. Infatti, entrambi hanno canali preferenziali con strutture ospedaliere di riferimento (Clinica Ostetrica e Istituto di Puericoltura e Medicina Neonatale), ai fini di controlli o indagini specifiche.



1. Modalità assistenziali

Visita dell'ostetrica

La visita è prevista tra le 24 e le 48 ore dalla dimissione e viene concordata dal personale sanitario della Clinica Ostetrica con la puerpera al momento della dimissione. La visita è effettuata dall'ostetrica del Distretto, dal lunedì al sabato compreso, a domicilio della puerpera. È compito dell'ostetrica compilare la scheda di rilevazione dei parametri materni. Qualora l'ostetrica, durante la visita, riscontrasse problemi degni di controllo da parte del Medico di base, provvede essa stessa a mettersi in contatto con il curante ed a concordare un eventuale controllo della puerpera.

Visita del Pediatra di base

La visita è prevista che sia effettuata entro le 72 ore dalla dimissione.

Il pediatra di base compilerà la scheda di valutazione neonatale post-dimissione.

Qualora venissero riscontrati problemi non risolvibili a domicilio, il pediatra di libera scelta ha percorsi diagnostico-terapeutici prestabiliti con le strutture ospedaliere per utilizzare canali preferenziali diagnostici.

Informazione

L'informazione è un momento importante del progetto, in quanto dipende da essa il corretto accesso e la partecipazione consapevole da parte di tutto il nucleo familiare – non solo della madre – a questo percorso-servizio innovativo.

È necessario che tutti coloro che partecipano al progetto, operatori e utenti, siano consci dei vantaggi che il progetto comporta, sia come supporto assistenziale, sia come modello organizzativo multidisciplinare. Ma è altrettanto necessario conoscere i limiti operativi, procedurali e organizzativi, dividerne l'obiettivo principale e quelli specifici, con l'intento comune di trarne un'utile analisi, che permetta eventuali

Il successo di questo progetto è strettamente legato ad un lavoro di équipe

modifiche del modello operativo in tempi rapidi e con efficacia a tutto vantaggio degli utenti oltre che per un giusto riconoscimento dell'operato di ognuno.

A tal fine è stato necessario:

- Predisporre materiale informativo adeguato, che illustri obiettivi e modalità del servizio offerto.
- Preparare incontri informativi, allargati a tutte le figure professionali coinvolte nel percorso "Dimissione appropriata", da tenere in data e con modalità da definire.
- Programmare un'ampia diffusione del progetto, attraverso ogni strumento utile a raggiungere la popolazione con una informazione cor-

retta e precisa.

- Sensibilizzare i mezzi audiovisivi e la stampa locale, per attivare un confronto con l'opinione pubblica e fornire le risposte utili a fugare i dubbi e le preoccupazioni o perplessità che il progetto inevitabilmente può far nascere.

Formazione

L'assistenza alla puerpera e al neonato, all'interno della struttura ospedaliera, e dopo la dimissione, a domicilio, è stata sempre basata su atti, procedure e modi di agire fondati sulle esperienze dei singoli operatori. Se sul piano individuale la preparazione e l'esperienza del singolo è di fondamentale importanza, il successo di questo progetto è strettamente legato ad un lavoro di équipe, intesa nel senso più ampio del termine, cioè di tutto il personale che partecipa al progetto.

La condivisione degli obiettivi e la stima reciproca, in un sistema ben organizzato, è fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Sono stati quindi predisposti momenti di formazione con l'obiettivo di:

- Identificare procedure condivise e comuni di assistenza alla puerpera
- Rendere omogenei i comportamenti del personale sanitario nel soddisfacimento dei bisogni della madre e del neonato.
- Predisporre modalità di approccio, discusse e condivise, su temi assistenziali di confine tra le diverse professionalità interessate al progetto, per evitare le sovrapposizioni e, ancor più, le contrapposizioni.

Verifica

Il progetto prevede modalità di controllo del processo in itinere, grazie

alla costituzione di un comitato di sorveglianza degli eventi sentinella. Questo comitato viene attivato quando si verificano eventi imprevedibili o fuori dal consueto – quindi non tanto e non necessariamente eventi che abbiano rilevanza sul piano clinico o legale, ma piuttosto sul piano organizzativo e motivazionale.

Dal punto di vista della valutazione del progetto di ricerca invece, esso ha i seguenti momenti di verifica:

- Di processo: valuta il grado di soddisfazione dell'utenza misurato con la analisi e raccolta dei dati contenuti nell'apposito questionario;
- Di risultato: valuta l'aumento delle richieste di adesione rispetto alle attese e al pregresso;
- Di efficacia: valuta ad esempio il numero di re-ricoveri della mamma e/o del bambino per l'insorgere di patologie.

Aspetti economici

L'investimento economico che il progetto richiede, in più rispetto all'attuale situazione, riguarda le seguenti voci:

- Reperibilità ostetrica,
- Disponibilità auto per le visite domiciliari o rimborso spese per uso del mezzo proprio.
- Accordo sindacale con i pediatri di libera scelta per la prima visita pediatrica
- Modulistica: Sono necessari moduli dei documenti, in triplice copia, per la loro conservazione: a) nel fascicolo personale, b) per l'interessata, c) per l'archiviazione dei dati. Si ritiene utile quindi disporre di moduli in carta autocopiante.
- Materiale per la diffusione pubbli-

citaria dell'iniziativa e di informazione da proporre alla cittadinanza in quantità ampia.

Conclusione

Il progetto "Dimissione Appropriata della puerpera del neonato" è un percorso assistenziale studiato, progettato e realizzato grazie alla collaborazione di tutte le professionalità

Gli obiettivi di deospedalizzazione e di rinforzo della componente genitoriale delle nuove famiglie ha trovato conforto nella quotidianità e nelle schede di sorveglianza raccolte

coinvolte nel processo assistenziale sia all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria che nell'AUSL di Parma. Ha ottenuto una partecipazione attiva da parte delle donne e una notevole soddisfazione dell'utenza tanto che, dopo un anno di sperimentazione durante il quale sono stati rilevati e valutati i problemi inerenti all'organizzazione e le discrasie funzionali, si è proceduto alla formalizzazione di un protocollo di intesa da parte dell'AUSL per l'applicazione contrattuale con i pediatri di libera scelta. Gli spetti clinici hanno confermato quanto si prevedeva e non si sono verificati eventi maggiori, a conferma della buona capacità di selezione della griglia di scelta studiata nell'ambito del progetto di sperimentazione. Gli obiettivi di deospedalizzazione e di rinforzo della componente genitoriale delle nuove famiglie ha trovato con-

forfo nella quotidianità e nelle schede di sorveglianza raccolte. Pertanto possiamo affermare che lo studio del progetto e la sua attuazione pratica, con le sue due fasi, hanno permesso di rendere operativo un modello di estensione dell'assistenza perinatale tra ospedale e territorio efficace e valido, con utilizzo migliore e più qualificante sul piano delle professionalità attivate e responsabili del

progetto stesso, con gradimento della popolazione e secondo le attuali norme vigenti in campo sanitario.

Bibliografia

1. Maisels MJ, Kring E. Length of stay, jaundice, and hospital readmission. *Pediatrics*. 1998 Jun;101(6):995-8
2. Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics*. 2000 Jul;106(1 Pt 1):31-9
3. Brown AK, Damus K, Kim MH, King K, Harper R, Campbell D, Crowley KA, Lakhani M, Cohen-Addad N, Kim R, Harin A. Factors relating to readmission of term and near-term neonates in the first two weeks of life. Early Discharge Survey Group of the Health Professional Advisory Board of the Greater New York Chapter of the March of Dimes. *J Perinat Med*. 1999;27(4):263-75.
4. Grupp-Phelan J, Taylor JA, Liu LL, Davis RL. Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 Dec;153(12):1283-8

La continuità assistenziale nella pediatria ambulatoriale

L. Venturelli

Pediatra di famiglia, pediatria di gruppo, Bergamo

Introduzione

La pediatria di famiglia si è quasi sempre disinteressata ad un ruolo di controllo territoriale dell'urgenza, ruolo storicamente sostenuto dagli ospedali, dove però la specificità pediatrica è presente solo nel 30% delle strutture. Di fatto le cure dell'urgenza pediatrica attualmente in Italia sono prevalentemente appannaggio in prima battuta di medici non di area pediatrica, vuoi medici di Guardia Medica, vuoi medici ospedalieri di pronto soccorso.

La pediatria di famiglia, nell'area delle cure primarie, si è ritagliata un ruolo curativo e preventivo particolarmente gradito ai cittadini, pur con la difficoltà di essere presente capillarmente sul territorio e di poter "coprire" bene l'assistenza fino a 6 anni, solo al 60% l'assistenza dei bambini dai 7 ai 14 anni, ancora seguiti dai Medici di Medicina Generale.

L'urgenza nella realtà territoriale

Sul territorio l'urgenza è appannaggio del servizio di continuità assistenziale, che presenta mediamente scarsa preparazione nelle cure dei bambini più piccoli, delegando spesso direttamente i servizi di pronto soccorso ospedaliero a prestare assistenza spesso di tipo ambulatoriale. La stessa utenza, per intenderci, i

genitori, spesso preferisce recarsi direttamente in ospedale per cercare una professionalità più specifica e tranquillizzante.

Scarse sono state fino ad ora le iniziative sorte nelle ASL per far fronte a questa difficoltà. La copertura assistenziale pediatrica si è così realizzata in poche aree con soddisfazione dell'utenza, ma con difficoltà di gestione del servizio per la adesione volontaria e parziale dei pediatri di famiglia e per le polemiche tra gli

stessi pediatri sulla validità di tali modelli.

Un fattore irrinunciabile: la rete

Un piano di intervento di continuità assistenziale dovrebbe prevedere un modello di rete tale da poter far dialogare i vari attori del sistema: medici di pronto soccorso, di continuità assistenziale residenziale, pediatri di famiglia siano essi associati, in gruppo o singoli. La rete si può ottenere



solo attraverso la dotazione di hardware e software dedicati al problema, con possibilità di interfacciare dati quali cartella clinica, agenda appuntamenti, referti di visite, referti di esami clinici, strumentali, radiologici, di laboratorio.

Per i genitori il meglio sarebbe avere a disposizione il proprio pediatra curante sia in studio durante le ore diurne, sia la notte o i festivi attraverso un possibile contatto telefonico e successiva eventuale visita; d'altra parte appare ovvio che il rapporto di fiducia che lega il pediatra di famiglia ai suoi assistiti non può essere motivo sufficiente per dilatare i tempi di disponibilità oltre le ore previste, a meno di non pensare a turni di reperibilità, che comunque non garantiscono all'utenza sempre il loro pediatra. In una visione olistica della pediatria territoriale, un tassello mancante è rappresentato dalle scarse iniziative di copertura della cosiddetta continuità assistenziale: scarse, perché legate ad esperienze pilota, locali e spesso non collegate alla componente ospedaliera.

Le esperienze di pediatri in gruppo che hanno garantito un servizio diurno quasi continuativo per la loro utenza hanno dimostrato come conseguenza un minor ricorso alle strutture di pronto soccorso

Le UTAP sono una risposta?

Il modello delle UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Pediatrica), centri di cura che dovrebbero garantire l'assistenza territoriale con una continuità di 24 ore su 24 sono previste con più fattibilità nell'area della Medicina Generale e sono tarate prevalentemente per l'assistenza agli adulti. La presenza di un solo pediatra

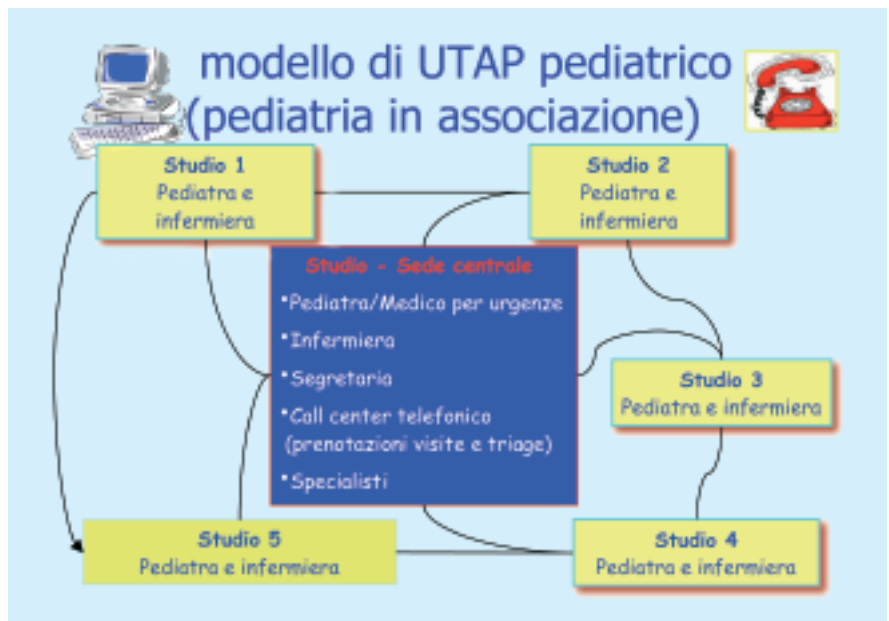


Fig. 1 - Modello di UTAP pediatrico (pediatria in associazione)

tra tra 6 medici dell'adulto poco potrebbe servire a governare l'urgenza relativa ai bambini.

Un modello di Utap pediatrica è stato peraltro ipotizzato, ma potrebbe essere appannaggio di pochi utenti, perché realizzabile solo con grossi sforzi organizzativi non supportati al momento attuale da investimenti

Un piano differenziato, a tappe

Per dare comunque qualche ipotesi di percorso nella gestione dell'urgenza pediatrica nell'ambito delle cure primarie bisogna raggiungere due obiettivi principali:

1. migliorare la gestione dell'urgenza vera o soggettiva nei giorni feriali dalla 8 alle 20, quando è in servizio il Pediatra di Famiglia (H12)
2. estendere tale copertura anche in ore extra 8-20 e nei giorni festivi (Extra H12)

L'offerta di servizio deve essere la più possibile uniforme sul territorio e deve poter garantire la specificità pediatrica in tutte le fasi del processo (accesso, presa in carico e trattamento).

Inoltre, la gestione dell'urgenza deve essere contestualizzata nel quadro globale dell'assistenza pediatrica territoriale al bambino, attualmente centrata sul Pediatra di Famiglia (PDF), figura vincente e gradita all'utenza anche e soprattutto per il rapporto fiduciario che lega il medi-

co al bambino e alla sua famiglia. Infine, tali obiettivi si integrano necessariamente con quello del Piano Sanitario Nazionale, che individua nel territorio il primo punto di riferimento per le situazioni di urgenza. Questo fatto deve prevedere una diversa allocazione delle risorse, che debbono coerentemente essere spostate dal comparto ospedaliero (si pensi ai piccoli ospedali) a quello territoriale.

L'urgenza nella fascia 8-20 (H12)

L'urgenza può e deve essere gestita dalla pediatria di famiglia in modo funzionale ed efficiente solo se si realizzano dovunque le forme associative: più pediatri che, pur rimanendo nei propri singoli studi, condividono protocolli, linee guida, garantiscono una continuità assistenziale integrata per i loro assistiti, utilizzano e condividono risorse umane, cioè personale sanitario e amministrativo, sono collegati in rete per lo scambio di dati (cartelle cliniche, programmi di gestione degli appuntamenti). Un elemento che rende operativo questo modello è costituito da una sede centrale, operativa, che garantisce la necessaria e insostituibile cerniera tra i pediatri singoli: tale sede può diventare a tutti gli effetti punto di riferimento per attività di vaccinazione, di educazione sanitaria, di interventi di screening; ma anche sede dove garantire l'accesso ai casi urgenti (vedi figura 1). In una organizzazione siffatta si possono prevedere 2 possibili sistemi:

1. I pediatri dell'associazione garantiscono l'accesso dei casi urgenti a rotazione presso i loro studi decentralizzati, con un filtro sugli accessi organizzato dal personale infermieristico (triage telefonico) presso la sede centrale: viene in-

centrato in questo modello l'educazione alla salute da parte dell'infermiera pediatrica per arginare gli accessi impropri; i pediatri manterrebbero prevalentemente l'attività presso i loro singoli studi;

2. il polo centrale diventa punto di riferimento per tutti i bambini assistiti dal gruppo dei pediatri, quando si tratta di problemi urgenti, non differibili: in questo caso il servizio potrebbe essere coperto dagli stessi pediatri che a turno si trasferiscono presso la struttura centrale, ma anche più efficacemente da un medico preparato con percorso formativo in pediatria ambulatoriale d'urgenza o da uno specializzando in pediatria con esperienza di PS pediatrico. L'infermiera garantisce il triage telefonico, quindi una selezione all'accesso.

Le esperienze di pediatri in gruppo che hanno garantito un servizio diurno quasi continuativo per la loro utenza, con la collaborazione di per-

immaginare sistemi diversi sia per la copertura oraria (solo i prefestivi e festivi diurni dalle ore 8 alle 20, o frazioni più ridotte di tempo, considerando la minor affluenza nelle ore notturne ai servizi di urgenza-emergenza), sia per il sistema logistico di riferimento (possono essere utilizzati gli stessi studi dei medici oppure sedi istituzionali tipo distretto o locali dello stesso ospedale di quel territorio).

Una ipotesi di assistenza allargata nell'ambito della pediatria in associazione (prefestivi e festivi)

Il servizio può facilmente espandere la fascia della continuità assistenziale ai prefestivi e festivi, dalle 8 alle 20, a patto che esista un medico (uno specializzando fisso, oppure un medico di continuità assistenziale con master in medicina pediatrica di urgenza ambulatoriale) che copra a rotazione i turni extra H12, coadiuvato da infermiere preparate con corsi appositi al triage telefonico, funzionante così anche nei festivi.

Un modello operativo può essere rappresentato da un servizio di continuità assistenziale residenziale gestito preferibilmente dalla ASL o dalle aziende ospedaliere

sonale sanitario idoneo, hanno dimostrato come conseguenza un minor ricorso alle strutture di pronto soccorso da parte dei bambini assistiti, con diminuzioni di accesso fino al 30%.

L'urgenza extra H12

Nel periodo coperto dal servizio di continuità assistenziale, si possono

Tale sistema non si può implementare in tempi rapidi, per cui verrebbe messo a regime in qualche anno per poter permettere il reperimento di risorse umane e la formazione degli operatori sanitari ai loro ruoli specifici. Il modello basato su gruppi di 6-8 pediatri (associazioni) darebbe al genitore una continuità di sede e riferimenti di medici più costanti e collegati con i curanti in modo più

diretto, per la condivisione delle cartelle cliniche, dei locali, delle attività anche feriali sui pazienti: lo stesso medico del servizio festivo potrebbe entrare nelle sostituzioni dei medici in associazione e quindi essere più riconoscibile dall'utenza.

Il modello appena descritto prevede risorse e investimenti a medio-lungo termine e rappresenta un sistema centrato sul territorio, sul mantenimento di rapporti fiduciari allargati all'equipe territoriale, con collegamenti solo formali e istituzionali con il livello ospedaliero.

Una ipotesi di guardia pediatrica per prefestivi e festivi integrata con l'ospedale

Un modello operativo più agile, sempre legato alla gestione territoriale dell'urgenza, può essere rappresentato da un **servizio di continuità assistenziale residenziale** gestito preferibilmente dalla ASL o dalle aziende ospedaliere: sarebbe più vicino alla realtà ospedaliera, con una osmosi dei due comparti non solo funzionale, come nel primo modello, ma organizzativamente gestita in ambienti contigui. Il servizio in questione potrebbe essere realizzato come filtro all'invio ai Pronto soccorso pediatrici, in sedi dislocate nella provincia: il modello prevede la partecipazione attiva dei pediatri di famiglia, dei medici ospedalieri, degli

specializzandi, dei medici generalisti con master in pediatria ambulatoriale d'urgenza: un turnover di sanitari che dovrebbero coprire omogeneamente il territorio. La sede del Servizio potrebbe essere presso strutture ospedaliere dove già esistono pronto soccorsi ed eventuali pediatrie, specie quelle minori che non prevedono la guardia pediatrica attiva, per avere un supporto logistico e operativo pratico e uno scambio facile e diretto con i colleghi ospedalieri: si delineerebbe così un'osmosi tra ospedale e territorio: le visite ad accesso libero, senza filtro telefonico, sarebbero eseguite dal medico di turno, registrate su file appositi, leggibili via rete, facilmente reperibili dai pediatri di famiglia curanti, al mattino quando iniziano l'attività ambulatoriale.

Tale servizio, in base alle risorse umane, potrebbe anche essere esteso alla fascia notturna di tutti i giorni della settimana (ore 20-8).

La formazione

La possibilità di reperire risorse umane per implementare un servizio di continuità assistenziale va di pari passo alla necessità di mettere in atto modelli di formazione pediatrica del personale paramedico e/o medico, mirata alle specifiche funzioni svolte (triage telefonico, urgenza ambulatoriale, PBLs, PALS, ecc.).

Tale formazione deve realizzarsi per una parte a livello teorico con corsi ad hoc, per un'altra presso le U.O. di Pediatria e presso gli studi accreditati dei pediatri di famiglia, con la realizzazione della cosiddetta "formazione sul campo" che preveda stages con affiancamento a pediatri tutor durante i tirocini formativi.

Bibliografia

1. Ferrando A, Conforti G, Amoretti C. La continuità dell'assistenza al bambino: <http://www.apel-pediatri.it/Materiale/cont1.html>
2. Brienza A., Carrà M., Elli D., Ometto M., Degano A., Redaelli F., Compagnucci M.. Pediatria di gruppo, accessi al pronto soccorso e ricoveri: l'esperienza di Cantù. *Il Medico Pediatra* 1999; 8: 196-197
3. Pistocchi S., Caracalla M., Cucchi C., Davoli A. Pediatria di gruppo e accessi al pronto soccorso: l'esperienza di Reggio Emilia. *Il Medico Pediatra* 1999; 8: 195-196
4. Venturelli L., Mannini A. Il personale di studio nell'ambulatorio del pediatra. *Area Pediatrica* 2002; 7: 5-24
5. Caso G, Mannini A. Le forme associative in Pediatria di Famiglia. *Area Pediatrica* 2003; 5: 4-23
6. Cardoni G. L'emergenza-urgenza pediatrica: stato attuale e nuove prospettive. *Riv It di emergenza-urgenza pediatrica* 2005; 1: 6-9
7. Venturelli L. L'emergenza-urgenza pediatrica e la madre di tutti i problemi: la continuità assistenziale, *Riv It di emergenza-urgenza pediatrica* 2005; 2: 22-24

EMERGENZE IN PEDIATRIA

LINEE GUIDA DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA

A CURA DI MAURIZIO VANELLI

ISBN > 88-89397-36-5 PAGINE > 228 PREZZO > 16 EURO

OPERA

“Emergenze in Pediatria” venne pubblicato la prima volta 10 anni fa ed ebbe una seconda edizione nel 2000, in occasione della ricorrenza del centesimo anno di insegnamento della Pediatria all’Università di Parma. Oggi, ne esce la terza edizione, arricchita di argomenti e di autori, ma con le stesse finalità della prima: presentare gli orientamenti terapeutici di una Scuola, quella di Parma, e fornire linee di comportamento pratico a studenti, Pediatri in formazione e a quant’altri si trovano ogni giorno ad affrontare una situazione di emergenza nella vita di un bambino.

CURATORE

Maurizio Vanelli è Direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria dell’Università degli Studi di Parma.

DAL TESTO

I co-autori di queste “Emergenze” sono specialisti di prima linea sotto tutti gli aspetti, ciascuno provvisto di un curriculum scientifico e clinico di eccellenza, iniziato in Scuole pediatriche all’avanguardia in Europa e in Nord-America e, in seguito, affinato sul campo a Parma. Alcuni hanno voluto che, accanto al proprio nome, comparisse anche quello dei colleghi più giovani, trasformando in questo modo gli allievi della Scuola in protagonisti attivi della propria formazione. Anche così si contribuisce a mantenere vitale una Scuola.

Maurizio Vanelli

MATTIOLI 1885



NEL PRATICO FORMATO POCKET, PENSATO APPOSTA PER STARE NELLA TASCA DEL CAMICE

67 CAPITOLI PER ALTRETTANTE SITUAZIONI D'EMERGENZA

L'ESPERIENZA DI 52 PROFESSIONISTI AL SERVIZIO DI STUDENTI, PEDIATRI IN FORMAZIONE E MEDICI GENERICI

in tutte le librerie
oppure on-line:
www.mattioli1885.com

BRONCHO MUNAL

J07AX

Lisato batterico liofilizzato



Infezioni respiratorie ricorrenti:

L'IMPORTANZA DELLA PROTEZIONE