



PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

La prevenzione degli incidenti in età evolutiva

Il riflesso rosso nel neonato e nella
prima infanzia: indagine conoscitiva sul
comportamento dei pediatri

La malattia infiammatoria pelvica:
conoscerla per prevenirla

Cambia il Bambino e la sua Famiglia,
cambia il Pediatra

XXIV Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

BAMBINI DI VETRO

12 - 15 Settembre

2 0 1 2

Grand Hotel Vanvitelli
Caserta



Segreteria Organizzativa



iDea congress
Via della Farnesina, 224
00135 Roma
Tel. 06 36381573
Fax 06 36307682
E-mail: info@ideacpa.com
www.ideacpa.com



Presidenti Onorari
Armando Rubino
Francesco Tancredi

**CONSIGLIO
DIRETTIVO SIPPS**
Presidente
Giuseppe Di Mauro

Vice Presidenti
Sergio Bernasconi
Alessandro Fiocchi

Consiglieri
Chiara Azzari
Alessandra Graziottin
Giuseppe Banderalli
Giacomo Biasucci

Segretario
Susanna Esposito

Tesoriere
Nico Maria Sciolla

Revisore dei conti
Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

I bambini sono trasparenti e fragili, basta poco per romperli. Possiamo incollare i pezzi quando si spezzano, ma rimane comunque il segno, e le cicatrici sono sofferenze.

Quando fratture e incollature si susseguono troppo spesso essi possono perdere la trasparenza, non li vediamo più dentro e, diventati più fragili, riusciamo sempre meno ad impedire che si rompa il loro equilibrio. Dobbiamo maneggiarli con cura, sia fisicamente che psicologicamente, e dobbiamo pretendere che tutti facciano così. Abbiamo l'obbligo di aiutarli a rimanere trasparenti, dentro e fuori, come quando sono piccoli. Non basta prevenire le loro malattie fisiche e psichiche, oggi sono forse più pericolose quelle sociali, quelle relazionali e quelle dell'anima. Dobbiamo proteggerli e insegnar loro a proteggersi, dargli il tempo di crescere fino ad essere indipendenti, sicuri e autonomi. Un bambino è di vetro, ma non è un soprammobile, da esporre come un trofeo; è piuttosto qualcosa di prezioso, di eccezionale e di unico a cui dobbiamo rispetto e nel quale dobbiamo far crescere la dignità.



Editoriale

Cari Amici,
per prima cosa vogliamo con viva partecipazione esprimere la nostra vicinanza alla popolazione dell'Emilia Romagna messa a dura prova da un evento drammatico quale il terremoto, tanto devastante sul piano socio-economico, quanto su quello individuale e psicologico. Tra le vittime di questa tragedia devono essere ricordati soprattutto i bambini che, come abbiamo visto nelle immagini televisive, sono catturati dall'occhio della telecamera con un'espressione spaurita ed incredula, spesso abbracciati ai propri genitori. Una muta espressione della necessità di ancorarsi a qualcosa di saldo nel momento in cui è crollato quello che avevano attorno. I bambini hanno una estrema facilità al contagio emotivo, leggono la paura negli occhi dei genitori, dei nonni, delle persone che li circondano. Il terremoto sconvolge le loro piccole abitudini, l'andare a scuola, il momento del gioco con gli altri bambini, l'abbandono più o meno temporaneo della propria casa, della propria cameretta, e nei casi più gravi, la perdita di una persona cara, o può coinvolgerli in prima persona, riportando ferite, fratture, contusioni. Tuttavia le ferite più gravi ed insidiose sono quelle invisibili, con effetti anche a lungo termine. La fragilità dei bambini è uno degli aspetti su cui tutti noi dovremmo ragionare un po' di più. E quindi risulta quanto mai opportuno un momento di riflessione anche su questa tematica, come quello che ci attende dal 12 al 15 settembre 2012, quando la nostra Società Scientifica si riunirà nel suo XXIV Congresso Nazionale a Caserta. "Bambini di vetro" è il titolo guida di questo importante appuntamento che riunirà il meglio della pediatria italiana, un titolo quanto mai calzante anche alla luce dei nuovi eventi che hanno sconvolto una parte così importante del nostro Paese. Come il "vetro" i bambini sono trasparenti e fragili, basta poco per romperli. Possiamo incollare i pezzi quando si "rompono", ma rimane comunque il segno, e le cicatrici sono sofferenze. Quando fratture e incollature si susseguono troppo spesso essi possono perdere la trasparenza, non li vediamo più dentro e, diventati più fragili, riusciamo sempre meno ad impedire che si rompa il loro equilibrio. Non basta prevenire le loro malattie fisiche e psichiche, oggi ritenute ugualmente pericolose, ma anche di più, lo sono quelle sociali e relazionali. Ogni bambino è qualcosa di prezioso, di eccezionale e di unico a cui dobbiamo rispetto e nel quale dobbiamo far germogliare e crescere la dignità. Il Congresso Nazionale sarà pertanto l'occasione per ribadire il ruolo umanistico del pediatra oltre che "tecnico-scientifico". Infatti, nel corso delle giornate congressuali la SIPPS, tenendo fede appieno alla propria mission scientifica, approfondirà tanto le classiche tematiche della prevenzione (alimentazione, infezioni, vaccinazioni, allergie, ecc.) quanto si avvicinerà, con spessore ed impegno, alle nuove tematiche della prevenzione globale del piccolo individuo. Aspetti socio-sanitari sin qui poco indagati, quali i disturbi comportamentali, il dramma del maltrattamento evidente o nascosto, le anomalie del vivere sociale, i nuovi usi ed abusi (internet, l'alcool, il gioco d'azzardo), saranno tutti oggetto di verifica e valutazione da parte di massimi esponenti ed autorità del campo pediatrico. Si terrà soprattutto presente che l'approccio più completo e più attinente alla realtà d'oggi, quando si vogliono affrontare i disturbi sanitari, è quello multidisciplinare ed interdisciplinare. Multidisciplinarietà ed interdisciplinarietà che devono essere intesi come incontro, confronto e dialogo tra tutti gli interpreti che compongono la costellazione sociale e sanitaria della prevenzione. In quest'ottica e con l'augurio di aver presentato qualcosa di nuovo ed interessante per tutti gli addetti ai lavori, vi aspettiamo numerosi a Caserta, per poter dare vita, tutti insieme, anche in questa edizione, a quei risultati ed a quelle aspettative di cultura e di formazione, di estrema importanza per la nostra professione, che sinora non sono mai venuti meno.
Arrivederci a settembre.

Dr. Giuseppe Di Mauro
Presidente SIPPS

Dr. Guido Brusoni
Direttore Responsabile



SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi
Alessandro Fiocchi

CONSIGLIERI

Chiara Azzari
Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Alessandra Graziottin

SEGRETARIO

Susanna Esposito

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

Chiara Azzari
Giuseppe Di Mauro
Sergio Bernasconi
Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Susanna Esposito
Luigi Falco
Alessandro Fiocchi
Alessandra Graziottin
Nico Sciolla
Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

AGORÀ

4

REVIEW

La prevenzione degli incidenti in età evolutiva

P. Ferrante, M. Praitano, L. Peccarisi

6

ESPERIENZE

Il riflesso rosso nel neonato e nella prima infanzia:
indagine conoscitiva sul comportamento dei pediatri

G. Ragni, C. Noto, P. Del Greco, M. Paglione

14

I bambini e la città

Vado a scuola a piedi, ovvero il piedibus

L. Maggioni, R. Mazzoleni, P. Crippa, L. Venturelli

19

CASO CLINICO

La malattia infiammatoria pelvica: conoscerla per prevenirla

V. Bonifacci, D. Lacorte, S. Bertelli, P. Gallo, C. Host, M. Sprocati

22

APPROFONDIMENTI

Cambia il Bambino e la sua Famiglia, cambia il Pediatra

G. Di Mauro, L. Mariniello, F. Di Mauro

24

DOCUMENTI

Minori fuori famiglia: analisi e criticità di un fenomeno importante

V. Vezzetti

28

Le figure mediche di supporto alla famiglia per educare i ragazzi ad
una sessualità matura

G. Di Mauro, L. Mariniello, F. Di Mauro

32

SPAZIO GIOVANI

La SIPPS sale in cattedra grazie a un protocollo di intesa con
le scuole di specializzazione

36

SIPPS – Specializzandi in pediatria un matrimonio destinato a durare

37

Editore

Sintesi InfoMedica S.r.l.

Redazione

redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

Marketing e vendite

Marika Calò

m.calò@sintesiinfomedica.it

Stampa

Grafica Esseo Team - Via R. Boscovich 14
20124 Milano - Italia

Norme per gli autori

1. Pediatria Preventiva & Sociale - Organo della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale è una rivista che pubblica, in lingua italiana o inglese, lavori scientifici originali inerenti il tema della Medicina Pediatrica, in particolare sotto l'aspetto della prevenzione e dell'impatto sociale.

2. I lavori debbono essere inviati tramite e-mail alla Redazione della Rivista, corredati di titolo del lavoro (in italiano e in inglese), di riassunto (in italiano e in inglese), parole chiave (nelle due lingue), didascalie delle tabelle e delle figure. Nella prima pagina devono comparire: il titolo, nome e cognome degli Autori per esteso e l'Istituto o Ente di appartenenza, il nome e il recapito telefonico, postale e mail dell'Autore cui sono destinate le bozze e la corrispondenza, le parole chiave e il riassunto in italiano e in inglese. Nella seconda e successive il testo dell'articolo. La bibliografia e le didascalie di tabelle e figure devono essere in calce all'articolo. Le immagini e le tabelle devono essere fornite a parte su supporto cartaceo e su file. Ciascun lavoro nella sua esposizione deve seguire i seguenti criteri: 1) introduzione; 2) materiale e metodo; 3) risultati; 4) discussione e/o conclusione. Il testo non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte compresi iconografia, bibliografia e riassunto (una pagina corrisponde circa a 5.000 battute spazi inclusi). Legenda di tabelle e figure a parte. Il riassunto e il summary (in lingua inglese) non devono superare le 250 parole ciascuno.

3. Gli articoli devono essere accompagnati da una richiesta di pubblicazione e dalla seguente dichiarazione firmata dagli autori: "L'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né è stato accettato altrove per la pubblicazione e il contenuto risulta conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca".

Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione ad hoc, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

4. Particolarmente curata dovrà essere la bibliografia che deve comprendere tutte, ed esclusivamente, le voci richiamate nel testo che devono essere numerate e riportate secondo l'ordine di citazione. Devono comparire i cognomi dei primi 6 autori; per i lavori con un numero superiore di autori il cognome dei primi 3 sarà seguito dalla dicitura "et al."; seguiranno nell'ordine: cognome dell'Autore ed iniziale del nome, titolo dell'articolo, titolo della Rivista secondo l'abbreviazione in uso e conforme ad Index Medicus, l'anno, il volume, la pagina iniziale e quella finale con numeri abbreviati (per es.: 1023-5 oppure 1023-31). Non utilizzare carattere corsivo, grassetto, sottolineato o tutto maiuscolo.

Per articoli:

- You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4
- Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lay LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on line chromosome 21. *Lancet* 1989; 1: 352-5

Per libri:

- Taussig MJ. *Processes in pathology and microbiology*. Second Edition. Oxford: Blackwell, 1984

Per capitoli di libri o atti di Congressi:

- Kuritzke JF. Some epidemiologic features compatible with an infectious origin for multiple sclerosis. In Burdzy K, Kallos P eds. *Pathogenesis and etiology of demyelinating diseases*. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72

5. I riferimenti della bibliografia nel testo devono essere attuati con un numero arabo tra parentesi tonde non ad apice; quando gli autori devono essere citati nel testo, i loro nomi vanno riportati per esteso nel caso che non siano più di 2, altrimenti si ricorre dopo il primo nome alla dizione: et al. seguiti dal corrispondente numero.

6. I dattiloscritti devono essere corredati (per facilitare la pubblicazione) da supporto elettronico che deve rispettare i seguenti programmi:

- su sistema operativo Windows: Word salvato in a) formato Word per Windows 8.0 o inferiori; b) formato Word Mac 5.1 o inferiori; c) formato Word Perfect 5.0
- su sistema operativo Macintosh: a) Word 5.1 o inferiori; b) Xpress 3.31; Xpress Passport 4.0 o inferiori

7. Illustrazioni (supporto cartaceo): fotografie, disegni, grafici, diagrammi devono essere inviati in formato cartaceo con dimensioni minime di 10x15 cm (formato cartolina). Ogni fotografia va segnata a matita sul retro con numero progressivo, nome dell'autore principale e verso (alto e basso accompagnato da una freccia).

8. Illustrazioni (supporto informatico): file allegato ad e-mail, dischetto o CD formattati PC o MAC. Per fotografie, disegni, grafici, diagrammi:

- risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, Tiff, eps
 - risoluzione almeno 800 dpi per il formato bmp
- Le immagini vanno salvate come singolo file.

9. Gli Autori hanno diritto al file formato "pdf" del loro articolo pubblicato. Per eventuali altri ordini di estratti potranno contattare direttamente l'Editore, che fornirà informazioni e costi.

10. I lavori devono essere indirizzati a:

Dr.ssa Giorgia Camera

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

Sintesi InfoMedica

Via G. Ripamonti, 89 - 20141 Milano

Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301

E-mail: redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

NASCE GPS LA RETE CHE UNISCE GENITORI, PEDIATRI, SCUOLA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE E CORRETTI STILI DI VITA

Promuovere la massima attenzione di scuole e famiglie sul problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini; coinvolgere i genitori e gli insegnanti nella lotta all'eccesso ponderale fin dalla prima infanzia; combattere la sedentarietà, gli eccessi nutrizionali e gli stili di vita scorretti.

Sono le direttrici su cui intende muoversi il Network Genitori Pediatri Scuola (Gps), a cui partecipano il ministero della Salute, la Società Italiana di Pediatria e la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, che si inserisce nel contesto della Campagna nazionale di educazione nutrizionale "Mangiare bene Convienne". Come la rete del Global Positioning System permette di tracciare e mantenere una rotta, così questa "alleanza" tra i pilastri educativi dell'infanzia vuole mantenere nella giusta direzione i bambini, promuovendo la cultura di una sana alimentazione e di corretti stili di vita.

Un'iniziativa che nasce dai preoccupanti dati epidemiologici relativi all'eccesso ponderale nell'infanzia e nell'età adulta. Oltre un milione di bambini è, infatti, in sovrappeso o francamente obeso nel nostro paese. Questo significa che oltre un bambino su tre, di età compresa tra i 6 e gli 11 anni, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Inoltre, nel 75% dei casi l'obesità presente nei primi dieci anni di vita si traduce in obesità nell'individuo adulto.

«È indispensabile educare il bambino ad un corretto stile di vita, fin dalla prima infanzia», dice il presidente SIP, Alberto Ugazio. «Il pediatra riveste un ruolo di primaria importanza nel guidare la famiglia verso scelte responsabili e nel favorire una società più consapevole e informata». Ma «se lasciato solo nella lotta all'obesità, il pediatra è destinato ad ottenere risultati fallimentari», aggiunge Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS. «L'azione congiunta di pediatri, genitori e scuola è l'unica strategia vincente per affrontare efficacemente l'obesità del bambino».

Il Network Gps si attiverà in due fasi: il reclutamento dei pediatri e il coinvolgimento delle scuole, con il supporto di Editeam per la parte organizzativa ed editoriale. Nel corso della prima fase verranno coinvolti circa 10 mila pediatri, sparsi sul territorio italiano, a cui verrà inviato un kit di materiale informativo da condividere con i genitori: la Guida "Allarme Obesità, combattiamola in 10 mosse"; un Poster da affiggere nello studio medico per illustrare le 10 mosse vincenti della prevenzione e il diario motivazionale, uno strumen-

to di lavoro per i genitori e gli insegnanti. «L'obiettivo è quello di creare una rete di supporto tra i genitori, i pediatri e le scuole, per affrontare insieme il problema dell'obesità infantile».



Un percorso didattico per le scuole materne e primarie per educare i bambini a scelte di salute consapevoli: mangiare bene conviene ed è un investimento in salute.



to di monitoraggio indispensabile a pediatri e genitori per individuare il percorso alimentare corretto del bambino. Nel corso della seconda fase i pediatri SIP e SIPPS si recheranno nei principali istituti didattici per incontrare i bambini e coinvolgerli, con il supporto degli insegnanti, in attività ludico-didattiche mirate a guidarli verso stili di vita sani.

Il decalogo studiato dalle due società scientifiche che i genitori dovrebbero mettere in atto per prevenire l'obesità dei bambini è il seguente: allattare al seno per almeno 6 mesi; svezzare il bambino dopo i 6 mesi; controllare l'apporto di proteine; evitare bevande caloriche; sospendere l'uso del biberon entro i 24 mesi; evitare l'uso del passeggino dopo i tre anni; controllare l'indice di massa corporea (BMI) prima dei 6 anni; consentire Tv e giochi sedentari solo dopo i due anni; incentivare i giochi di movimento; preparare porzioni corrette dei cibi.

I TETRAGONAUTI, IL MARE COME OPPORTUNITÀ DI CAMBIAMENTO CONTRO LE FRAGILITÀ

Il mare come opportunità di cambiamento per tutti coloro che si trovano, per varie ragioni, in una situazione di fragilità: disabili, non vedenti, malati, bambini e giovani in difficoltà, anziani. È la filosofia ispiratrice degli interventi della onlus I Tetragonauti, organizzazione non a fini di lucro nata nel 2003 per dedicarsi a chi si trova in difficoltà.

La onlus propone opportunità educative di formazione e crescita a contatto con il mare attraverso la condivisione di esperienze significative: il viaggio per mare, la navigazione a vela, l'educazione ambientale, l'acquaticità e la subacquea. La onlus I Tetragonauti riunisce professionisti e volontari, con competenze e titoli curriculari in ambito educativo pedagogico ed esperienza marinara (Comandanti di unità da diporto, istruttori subacquei per normodotati e disabili). Il mare e la navigazione a vela, dunque, come strumento educativo, formativo, culturale, riabilitativo e socializzante. I progetti della onlus fanno parte di macro-aree di intervento, a cui sono stati dati i nomi dei venti:

- **Tramontana** Interventi rivolti a persone con disabilità fisica, sensoriale e mentale
- **Grecale** Progetti a favore di adolescenti e giovani con disagio sociale, anche del circuito del penale
- **Maestrale** Nuovi percorsi interdisciplinari ed educativi contro la dispersione scolastica e il bullismo
- **Ponente** Progetti rivolti ad anziani over sessanta
- **Levante** Turismo sostenibile/educazione ambientale: crociere Mediterraneo/ soggiorni residenziali in Sardegna
- **Scirocco** Progetti rivolti a persone con disabilità della vista, ciechi e ipovedenti



- **Mezzogiorno** Progetti e interventi interculturali
- **Libeccio** Attività di formazione adulti e team building
- **Alisei** Burattini per crescere, spettacoli e laboratori di Teatro di Figura.

Gli interventi della onlus I Tetragonauti sono volti a permettere il superamento degli stigmi, delle preclusioni e dei pregiudizi con il fine di favorire l'autonomia e l'orientamento di ciascuno, a rilanciare la consapevolezza del valore della socialità come risorsa di crescita per l'individuo nel segno della condivisione, del reciproco riconoscimento, della riscoperta delle diverse abilità.

Per i suoi progetti la onlus prende il largo con il veliero "Lady Lauren", uno splendido ketch di 22 metri a due alberi che solca da nord a sud e viceversa il Mare Nostrum toccando varie città italiane che di volta in volta sono coinvolte nelle attività di vela solidale. Per ulteriori informazioni visitare il sito www.itetragonauti.it

Campagna Nazionale di
**EDUCAZIONE NUTRIZIONALE
DEI PEDIATRI ITALIANI**
"Mangiar bene conviene"
10 AZIONI PER EVITARE IL SOVRAPPESO

1 ALLATTAMENTO AL SENO PER ALMENO 6 MESI

2 SVEZZAMENTO DOPO I 6 MESI

3 CONTROLLO DELL'APPORTO DI PROTEINE

4 EVITARE BEVANDE CALORICHE

5 SOSPENDERE L'USO DEL BIBERON ENTRO I 24 MESI

6 EVITARE L'USO DEL PASSEGGINO DOPO I 3 ANNI

7 CONTROLLO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI) PRIMA DEI 6 ANNI

8 TV E GIOCHI SEDENTARI: SOLO DOPO I 2 ANNI

9 INCENTIVARE I GIOCHI DI MOVIMENTO

10 PORZIONI CORRETTE DEI CIBI

Chiedi al tuo Pediatra la Guida
"ALLARME OBESITÀ - COMBATTIAMOLA IN 10 MOSSE"

Società Italiana di Pediatria

EDIPAM



La prevenzione degli incidenti in età evolutiva

Pasquale Ferrante

*Dirigente Medico-Pediatra U.O. di
Pediatría, P.O. "L. Bonomo"-Andria
ASL BT Preventiva e Sociale*

Massimiliano Praitano

*Interno Dipartimento di Biomedicina
dell'Età Evolutiva- Policlinico di Bari*

Lucia Peccarisi

Pediatra di Libera Scelta-Corato ASL Bari

Epidemiologia del fenomeno

Gli incidenti e la disabilità che ne consegue interessano i destini di milioni di giovani vite ogni anno in tutto il mondo. Ogni giorno nel mondo le esistenze di più di 2000 famiglie sono sconvolte dalla perdita di un bambino o ragazzo a causa dei cosiddetti incidenti involontari che potrebbero essere prevenuti evitando gravi conseguenze anche sulla comunità. Da quando i bambini raggiungono l'età di 5 anni, gli incidenti involontari costituiscono nel mondo il maggior pericolo per la loro sopravvivenza (1) oltre che costituire anche la maggior causa di disabilità, con un impatto a lunga durata su tutti gli aspetti della vita dei bambini come relazioni interpersonali, scuola, gioco. Naturalmente l'impatto sulle classi più povere è maggiore rispetto a quelle più abbienti, più in grado di av-

vantaggiarsi delle misure protettive che si possono mettere in campo grazie a politiche e campagne illuminate che passano senz'altro attraverso i Pediatri. Gli incidenti in età pediatrica sono stati sottovalutati per anni e per molto tempo sono rimasti assenti dalle iniziative per la sopravvivenza infantile presenti sulle agende di politica globale. Gli incidenti involontari costituiscono la principale causa di morte fra i 5 e i 19 anni. Nel 2004, 42.000 bambini e adolescenti fra 0 e 19 anni sono deceduti in Europa secondo i report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma l'impatto sociale è maggiore e legato anche a milioni di ospedalizzazioni e cure mediche. Nonostante tutto ciò gli incidenti non hanno costituito temi di politiche di intervento prioritarie in molti paesi europei sino a pochi anni fa. Un catastrofico incidente di nave o di treno attira naturalmente l'attenzione dell'opinione pubblica, non costituisce purtroppo altrettanto notizia la perdita di vita di circa 115 minori ogni giorno in Europa a causa di incidenti. Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale per la Sanità, il Fondo per l'infanzia delle Nazioni Unite ed altre istituzioni internazionali negli ultimi anni hanno fatto risaltare il carattere di priorità per la sanità pubblica mondiale relativamente alle tematiche della prevenzione degli incidenti non intenzionali. È emerso dai

dati internazionali che poiché gli interessi, le necessità ed il grado di maturità dei soggetti in età evolutiva differiscono profondamente da quelli degli adulti, programmare delle strategie tagliate sulle necessità degli adulti riproducendo quindi le strategie di prevenzione pensate per quest'ultima fascia di età, non protegge assolutamente in maniera adeguata i minori. Evidenze invece, indicano che i maggiori successi si sono avuti in quei paesi in cui gli sforzi sono stati concertati ed unitari, soprattutto laddove gli investimenti si sono concentrati sul versante dell'implementazione delle risorse umane ed istituzionali. Dato che gli incidenti possono causare morte o disabilità fra i bambini di tutto il mondo, prevenirli è materia strettamente connessa alla salute dei bambini e quindi al bagaglio culturale dei Pediatri. Del resto, nei decenni precedenti gli sforzi si sono concentrati sul debellare le malattie infettive e i deficit nutrizionali. A questo proposito sono state condotte campagne informative a favore dell'allattamento materno, del monitoraggio dell'accrescimento, sull'idratazione orale e sulle vaccinazioni. Queste iniziative hanno permesso di salvare piccole vite in tutto il mondo. D'altra parte se le campagne sulla prevenzione degli incidenti non sono incluse in questi programmi su vasta scala, i bambini salvati dalle patologie

infettive e dalla fame rischiano di soccombere a causa degli incidenti, rendendo vani grandi sforzi economici come per esempio quelli profusi per la promozione delle vaccinazioni. Come definiamo un incidente. Si definisce incidente il danno fisico subito da un organismo umano improvvisamente sottoposto ad energie eccedenti la soglia della tolleranza fisiologica, tali energie possono essere chimiche, termiche, meccaniche o dovute a radiazioni. È inoltre importante ribadire che secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del bambino si considerano nell'ambito dell'età evolutiva i soggetti fino a 18 anni, anche se gli stimoli, le sollecitazioni ed i pericoli variano a seconda delle varie età, sesso, tipo di nucleo familiare, situazione sociale, scuola, lavoro e cultura. Le 5 cause principali della mortalità per infortunio sono: incidenti stradali (uccidono 260.000 bambini l'anno), annegamenti (uccidono oltre 175.000 bambini l'anno), ustioni (uccidono quasi 96.000 bambini l'anno), cadute (uccidono quasi 47.000 bambini l'anno), avvelenamenti (uccidono oltre 45.000 bambini l'anno). Se tutti i paesi europei avessero la stessa mortalità di quelli con i tassi più bassi, si potrebbero salvare 3 giovani vite su 4. Alcuni paesi europei sono tra i più sicuri del mondo. Questi paesi hanno fatto della sicurezza una responsabilità sociale, creato ambienti sicuri in maniera sistematica, sviluppato programmi basati sulle evidenze scientifiche. La loro esperienza è una risorsa preziosa da condividere con tutti i paesi della regione europea. Il range di intervento efficace nella prevenzione degli incidenti a livello mondiale prevede strategie multidisciplinari, combinazioni di educazione, modifiche dell'ambiente e della legislazione che hanno permesso in molti casi un abbattimento del 50% dei tassi di mortalità. Per esempio il controllo della temperatura dell'acqua ha ridotto i danni da ustioni del 60% (2); i decessi

per cadute di minori dalle finestre si sono ridotti del 50-90% laddove si sono adottati piani combinati di educazione e pianificazione delle costruzioni a misura di bambino (3); fra il 1964 e il 1992 i decessi tra i bambini sotto i 5 anni per avvelenamento, in seguito a politiche di sicurezza nell'accesso a farmaci come quelli che vedevano importanti modifiche del confezionamento degli stessi e la riduzione dei dosaggi, si sono dimezzati (4); i decessi sulle strade si sono ridotti in seguito all'adozione di misure contro la velocità e sull'adozione delle cinture di sicurezza e l'uso dei caschi in moto e bicicletta (5,6). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato un piano decennale (2006-2015) a livello nazionale e globale i cui principali obiettivi possono così riassumersi: azioni di divulgazione per una maggiore comprensibilità della natura, misura e prevedibilità degli incidenti, ottenere il maggior impatto delle politiche di prevenzione e valutarne l'efficacia. Per quanto riguarda l'Italia si registrano i tassi più bassi d'Europa per annegamenti, avvelenamenti e ustioni nei bambini. La posizione del nostro paese è tra le migliori nella classifica dei paesi europei rispetto a 3 su 5 cause di morte per infortunio in bambini ed adolescenti. È la seconda più sicura per gli annegamenti (dopo il Regno Unito), la seconda più sicura per gli avvelenamenti (dopo la Danimarca), la terza più sicura per le ustioni (dopo Svizzera e

Croazia). Per quanto riguarda le cadute, l'Italia si posiziona sedicesima nella classifica della sicurezza (tra le prime Svezia, Olanda e Regno Unito). Secondo i recenti rapporti europei OMS in Italia oltre l'80% delle morti per infortunio di bambini ed adolescenti sono dovute ad incidenti stradali. L'Italia secondo il rapporto ACI-Istat 2008 ha avuto una diminuzione del 27,3% nel numero totale di morti da incidenti stradali nel 2000-2007. Il solo 2007 ha registrato -9,5% del numero totale di decessi da incidente stradale rispetto al 2006, collocando l'Italia al primo posto tra i paesi della UE. Margini di miglioramento esistono verso gli obiettivi UE di dimezzamento delle morti da incidenti stradali. Con -27,3% totale in 8 anni, l'Italia ha raggiunto poco più della metà dell'obiettivo fissato dalla UE di riduzione della mortalità del 50% entro il 2010. Con 87 morti per incidente stradale per milione di abitanti, l'Italia è ancora distante dai paesi migliori (Olanda, Regno Unito e Svezia con 45-50 decessi per milione, e Francia con 73). Se l'Italia avesse lo stesso tasso di mortalità dei paesi con la migliore performance, 1 vita su 2 potrebbero essere salvate. Proprio all'interno delle nostre case molti fattori di rischio si rendono responsabili d'incidenti anche gravi: dalla corrente elettrica al calore, da difetti strutturali a emissioni di gas, fino alle cadute per la presenza di scale insicure e disposizione irrazionali dei mobili ecc. Gli incidenti



ti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. Per incidente domestico l'OMS non indica una definizione specifica ed intende un evento improvviso, indesiderato e non prevedibile che determini una lesione acuta con conseguente necessità di assistenza medica occorso nelle residenze abitative e nelle sue pertinenze. Si deve intendere come domicilio quello in cui la persona trascorre solitamente lungo tempo e dove svolge attività domestiche. In Italia, nel dicembre 1999 è stata emanata la Legge 493 sulla sicurezza in casa. Questa Legge, tra l'altro, istituisce, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Il Sistema prevede l'acquisizione di dati di mortalità e di morbosità (accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ecc.) relativi agli incidenti domestici. Le statistiche italiane sono purtroppo poco omogenee, e risulta che le cadute dal letto o dal fasciatoio sono particolarmente elevate soprattutto nei bambini più piccoli (<1 aa), gli incidenti durante il gioco prevalgono nei bambini di fascia più grande (>5 aa) gli avvelenamenti e le ustioni prevalgono nella fascia di età >3 aa, l'inalazione o ingestione di corpo estraneo prevale nella fascia di età tra 1-3 aa. Per quanto riguarda l'ambiente domestico sede più frequente di incidente risulta essere la camera da letto con le cadute dal letto e la cucina che rappresenta la 2ª zona dell'abitazione in cui avvengono incidenti, ma prevale nei bimbi più grandicelli. Per quanto riguarda la sede della lesione il trauma al capo, come trauma cranico o trauma al volto, appare il trauma maggiormente frequente in tutte le età; in seconda battuta sono frequenti i traumi agli arti superiori e inferiori nei bambini con più di un anno di età. Per quanto riguarda la natura delle lesioni, le contusioni semplici sono naturalmente i traumi più frequenti, le fratture appaiono più frequenti nei bambini più grandi (età

>5 aa), le ferite prevalgono nei bimbi di fascia dai 3-5 aa. Nell'ambito di queste attività, molta importanza viene data anche alle iniziative di informazione e di educazione sanitaria rivolta ai cittadini (7). È da notare che la prevenzione degli incidenti da sola costituisce il primo degli anelli della cosiddetta "catena di sopravvivenza pediatrica" (8), che indica il miglior approccio terapeutico al bambino che non ha coscienza, e/o respiro, e/o attività cardiaca secondo le linee guida internazionali ILCOR e dell'American Heart Association (9). Abbiamo visto come le sfaccettature del problema della prevenzione degli incidenti in età pediatrica coinvolgono tutti gli ambiti della società, da quello culturale a quello sociale e legislativo. Non è pertanto pensabile che possano esimersi dal fare la loro parte i Pediatri, medici specialisti nell'assicurare il benessere non solo fisico ma anche psicologico e ambientale dei minori. Sono presenti non solo nel codice deontologico di ogni Pediatra la tendenza alla prevenzione in generale, ma anche esplicitamente nell'accordo collettivo nazionale dei pediatri di famiglia che si occupano in maniera precipua di prevenzione attraverso molti strumenti che vanno dall'istituzione dei libretti di salute e nell'effettuare i bilanci di salute, fino ai vari progetti finalizzati e campagne di sensibilizzazione. Altrettanto è presente nell'azione delle società scientifiche pediatriche italiane che promuovono spessissimo campagne di educazione sanitaria o presentano progetti in tal senso grazie a commissioni o gruppi "ad hoc". Appare chiaro che la prevenzione degli incidenti in età pediatrica rappresenta tematiche di interesse per la globalità della società e pertanto dovrebbe essere oggetto di campagne di informazione non solo episodiche ma in pianta stabile come i corsi presentati in alcuni punti nascita ai genitori prima della dimissione.



Il rischio di incidenti nelle diverse età evolutive e suggerimenti pratici

Passando ad una parte più pratica di questa disamina sulla prevenzione degli incidenti, è importante che il Pediatra trasmetta al genitore appena possibile alcuni concetti importanti al fine di organizzare un ambiente il più sicuro possibile per suo figlio. L'assunto è sempre che il bambino non è un piccolo adulto, ma presenta ad ogni età differenti comportamenti, aspetti cognitivi e capacità fisiche che lo espongono a rischi via via differenti. In un mondo a misura di adulto i bambini hanno poca cognizione del rischio e questo va a scontrarsi con la loro naturale curiosità che però deve confrontarsi con una manualità e capacità di gestire più stimoli alla volta potenzialmente pericolosi per la loro incolumità. A scopo didattico possiamo allora considerare alcuni dei rischi di infortunio più comuni relativamente a quattro stadi dello sviluppo:

- Prima infanzia quella che va da 0 a 1 anno
- Età pre-scolare quella che va da 1 a 4 anni
- Età scolare da 5 a 9 anni
- Prima adolescenza da 10 a 14 anni

Prima infanzia

È un'età di inizio dello sviluppo umano che rende completamente dipendenti dagli adulti e dal loro comportamento.

Le cadute

Sin dalla nascita i bambini apprendono rapidamente e costantemente osservando e immaginando come funzionino gli oggetti che li circondano, mettendo alla prova le loro idee su come funzioni il mondo. A quest'età il senso del rischio è inesistente ed il rischio di cadute è altissimo soprattutto dal tavolo, dalla culla, dalle braccia dei genitori, dal seggiolino, dalle scale.

Suggerimenti per i genitori/tutori

Quello che possiamo consigliare, oltre ad un costante controllo parentale, è di:

- fare attenzione alle caratteristiche di tavoli e mobili instabili o con spigoli vivi cui apporre protezioni adesive di gomma;
- non lasciarli mai soli mentre si sta cambiando il pannolino sul tavolo o sul letto, potrebbero rotolare a terra;
- usare i mezzi di contenzione presenti su seggioloni e passeggini;
- usare i cancelletti appositi a protezione delle rampe delle scale poiché tendono a gattonare e possono sporgersi dalla rampa delle scale;
- evitare culle che presentino spazi ampi tra i ritti delle sponde o sponde troppo basse.

Incidenti stradali

Troppo spesso ci vediamo richiedere dai nostri pronto soccorso valutazioni cliniche di lattanti che erano in braccio ai genitori mentre subivano incidenti stradali anche banali con conseguenze anche gravi sulla salute dei piccoli.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Il trasporto di un lattante in auto deve avvenire esclusivamente sugli appositi seggiolini omologati e differenti a seconda del peso dei bambini.
- I più piccoli devono essere trasportati in appositi seggiolini con il capo

rivolto verso l'opposto del senso di marcia, la miglior maniera di proteggere la loro debole muscolatura di testa collo e colonna vertebrale.

- Mai lasciare solo un bambino in auto, tanto in giornate soleggiate che fredde; la temperatura corporea a questa età può aumentare con una velocità fino a cinque volte maggiore rispetto ad un adulto con conseguenze anche letali come ci raccontano le cronache.

Ustioni

La naturale tendenza ad esplorare l'ambiente toccandolo ed assaporandolo man mano che aumenta la mobilità del bambino, soprattutto a partire dai 6 mesi e soprattutto quando si avvicina all'anno di età, evidenzia la discrepanza fra le sue capacità motorie e quelle cognitive non ancora capaci di discriminare il rischio insito nei liquidi o oggetti ustionanti come pentole piene di liquido bollente, ferri da stiro, caloriferi o stufe. Il rischio di ustione è grande anche per la sottigliezza della loro cute. Un adulto può procurarsi un'ustione di terzo grado in cinque secondi dopo contatto con acqua a 60°C, ma ci vogliono cinque minuti dopo esposizione a 50 gradi. Nel lattante i dati non sono così controllati ma studi di Moritz ed Henriques (10,11) dimostrano che oltre i 54°C i bambini si ustionano in tempi quattro volte più rapidi rispetto all'adulto, pertanto l'immersione di un lattante in un bagnetto contenente acqua troppo calda determinerà ustioni molto rapidamente riducendo molto i tempi per rimuoverlo dalla vaschetta. Anche i cibi troppo caldi sono un pericolo per un lattante che ci sta in braccio o che a tavola può raggiungere se non ben contenuto e allontanato dalla fonte di calore.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Regolare i termostati degli scaldabagni su temperature non superiori a 45-48°C.

- Testare con il polso l'acqua del bagnetto.
- Non tenere in braccio il bambino mentre si cucina o si trasportano cibi o liquidi bollenti.
- Tenere lontane pentole contenenti liquidi bollenti soprattutto se con manici sporgenti dalle cucine o dal tavolo.
- Attenzione ad utilizzare il microonde per riscaldare il latte, il contenuto potrebbe essere bollente rispetto al biberon, meglio a bagnomaria testando sempre il latte con la mano prima di somministrarlo.

Fiamme

Il grande svantaggio per i lattanti rispetto a questo pericolo è quello di avere una mobilità molto limitata perché non camminano o sono all'interno di una culla e pertanto dipendono completamente dall'assistenza degli adulti. Dato che solo pochi stabili possiedono piani di evacuazione in caso di incendio, i lattanti sono ad alto rischio di morte o disabilità in tali frangenti. Anche i fumi inalati costituiscono un altro grosso problema di incolumità in caso di incendio data la ristrettezza delle vie aeree spesso occupate da muco e la frequenza respiratoria normalmente più alta nei lattanti (30-60/minuto) rispetto a quella di un adolescente (12-16/minuto).

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Importante consigliare l'adozione di allarmi antincendio come i semplici rivelatori di fumo.
- Avere in casa la possibilità di contenere le fiamme con estintori oggi veramente a basso costo.
- Pensare ad un piano di evacuazione rapida con tutta la famiglia.

Avvelenamenti

I neonati ed i lattanti sotto i sei mesi sono più esposti alla tossicità da sostanze chimiche poiché l'organismo tollera il ristagno di sostanze tossiche per tempi maggiori con grandi rischi soprattutto per intossicazione da me-

talli pesanti come il piombo. I neonati presentano digestione più lenta, ma più veloci tempi di svuotamento gastrico e maggiori possibilità di assorbimento con funzionamento epatico e renale fisiologicamente meno efficiente nell'allontanare l'agente tossico. La maggior concentrazione di acqua rispetto al grasso, se confrontiamo il neonato con l'adulto, permette alle sostanze tossiche di concentrarsi in organi bersaglio aumentando la tossicità. Anche lo scarso strato corneo della cute fino ai 3-5 anni ed il rapporto superficie corporea-peso, che è doppio rispetto all'adulto, favorisce l'intossicazione a questa età. La maggior frequenza respiratoria espone il lattante a parità di peso a maggiori danni da inalazione di veleni ambientali come il fumo di sigaretta o il monossido di carbonio. Ricordiamo inoltre che il lattante esplora il mondo portando tutto alla bocca ed il rischio di venire a contatto con tossici presenti sul pavimento o in armadietti accessibili facilmente è sempre alto.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Attenzione nella somministrazione delle medicine ai lattanti leggendo attentamente le etichette (non scambiare boccettine di gocce per la puerpera con quelle anticoliche del neonato), somministrando i giusti dosaggi, il metabolismo più rapido e la bassa velocità di digestione aumentano i rischi di avvelenamento.
- Allontanare i medicinali dalla vista e dalla presa dei piccoli (borsetta della mamma aperta).
- Installare sensori di monossido di carbonio, gas inodore e incolore letale a dosi più basse rispetto agli adulti.
- Conoscere o avere a portata di mano il numero telefonico dei centri antiveleni, magari avendo a disposizione nella cassetta dei medicinali alcuni semplici presidi come il carbone vegetale o il sucralfato sempre dopo consiglio con il proprio Pediatra di famiglia.

Età pre-scolare

Fra 1 e 4 anni si comincia ad avvertire un certo senso dell'indipendenza dall'adulto e si comincia a voler esplorare il mondo circostante, la maggior mobilità è un fattore di maggior rischio in rapporto agli incidenti. La maggiore curiosità non si accompagna ad adeguata capacità di prendere giuste decisioni.

Le cadute

È maggiore il rischio di cadute a causa di una muscolatura e conformazione scheletrica ancora immatura che non permette di mantenere il corpo in una posizione stabilmente eretta, di posizionare correttamente i piedi in spazi stretti o larghi e di passare dalla posizione eretta a quella seduta utilizzando come ausilio gli oggetti circostanti. Le capacità di socializzazione non sono molto evolute e a quest'età si tende ad imitare gli altri con una modalità chiamata "parallela" che li vede spesso imitare le azioni dei coetanei senza interagire con loro o cooperare in un gioco comune. Di qui il rischio di imitare i più grandi senza avere le capacità di controllo psico-fisiche adatte ad evitare incidenti.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Lasciare il bambino confinato in uno spazio sicuro e controllato come il box.
- Fare attenzione alle caratteristiche di tavoli e mobili instabili o con spigoli vivi cui apporre protezioni adesive di gomma.
- Usare i mezzi di contenzione presenti su seggioloni e passeggini.
- Usare i cancelletti appositi a protezione delle rampe delle scale.
- Evitare culle che presentino spazi ampi tra i ritti delle sponde o sponde troppo basse.

Incidenti stradali

A questa età si resiste poco allacciati ai seggiolini delle auto e si tende a conferire grande distrazione al conducente. Per tale motivo il genitore spesso

risponde all'irrequietezza del figlio soprattutto fra 2 e 2,5 anni prendendolo in braccio senza la contenzione delle cinture, trasmettendo al piccolo il messaggio che l'obbligo di rimanere seduti sul seggiolino con cinture allacciate sia un qualcosa di negoziabile. Per la loro taglia fisica i sedili posteriori sono più sicuri anche perché non vicini agli airbag anteriori (12,13).

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Utilizzare sempre per il trasporto in auto ed esclusivamente appositi seggiolini omologati e differenti a seconda del peso dei bambini.
- Portare in auto giocattoli morbidi e libri per distrarli.
- Dare sempre loro la mano quando si attraversa la strada o nei parcheggi o sui marciapiedi.
- I conducenti prima di salire in auto devono ispezionare tutt'attorno al mezzo per assicurarsi che non vi siano bambini spesso nascosti alla vista in zone difficili da vedere.
- Mai lasciare solo un bambino in auto, tanto in giornate soleggiate che fredde; la temperatura corporea può aumentare con una velocità da tre a cinque volte maggiore rispetto ad un adulto con conseguenze anche letali.

Ustioni

Fra 1 e 4 anni è maggiore il rischio di ustioni anche a causa di una cute più sensibile alle alte temperature con una maggior tendenza ad esplorare il mondo pur non possedendo le capacità di riconoscere i rischi di oggetti e liquidi bollenti e di controllare i propri impulsi (14,15). Studi americani hanno evidenziato che a questa età si riesce a raggiungere i piani cottura delle cucine standard senza però riuscire a vedere bene cosa vi sia sul piano, inoltre spesso i piccoli vogliono stare in braccio mentre la mamma cucina aumentando il rischio di essere sulla traiettoria di schizzi bollenti dalle pentole o di aggrapparsi ai manici delle pentole. Si riduce il rischio man mano che i bambini si av-

vicinano all'età dell'asilo e si sviluppa il senso del pericolo, causa ed effetto e la consequenzialità delle proprie azioni. Inoltre i riflessi motori permettono a 3-4 anni di evitare più prontamente gli effetti dell'immersione in un bagnetto troppo caldo o del toccare una pentola bollente. Il voler conoscere i meccanismi causa-effetto spesso li portano a cercare di capire come funziona un accendino ed inoltre non sono capaci di fare tesoro delle esperienze passate al fine di evitare le conseguenze di un nuovo incontro con oggetti ustionanti. Il rischio di ustioni è comunque maggiore rispetto a quello che corrono i bambini di 5-9 anni.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Regolare i termostati degli scaldabagni su temperature non superiori a 45-48°C.
- Mantenere i bambini in zone lontano dalle pentole sui fornelli.
- Non tenere in braccio il bambino mentre si cucina o si trasportano cibi o liquidi bollenti.
- Tenere pentole contenenti liquidi bollenti soprattutto se con manici sporgenti sui fuochi posteriori delle cucine.
- Posizionare i contenitori con cibo o liquidi bollenti al centro e non ai bordi del tavolo. La pelle di un adulto può procurarsi un'ustione di terzo grado in 5 secondi di esposizione ad un liquido a 60°C e poiché molti cibi e bevande possono essere servite a 70-80°C e la cute del bambino è più sottile di quella dell'adulto, le possibilità di ustionarsi sono maggiori ed i tempi più rapidi.



Fiamme

Alto rischio di morte per incapacità di realizzare modalità di fuggire da un incendio e di evitare conseguenze pericolose da inalazione di fumi. A questa età spesso si reagisce ad un incendio nascondendosi sotto il letto o in una stanza anziché fuggire. Inoltre si avvicinano ai fiammiferi e agli accendini per voler imitare gli adulti rischiando con il fuoco i più piccoli perché attratti ed incuriositi, i più grandi perché volenterosi di utilizzare il fuoco per qualche bravata.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Installare allarmi antincendio.
- Avere in casa la possibilità di contenere le fiamme con estintori.
- Mantenere lontani fiammiferi, accendini (soprattutto se in forma di simpatici giocattoli), bottiglie di alcool denaturato.
- Insegnare loro a non giocare con fiammiferi ed accendini cui sono spontaneamente portati per imitare gli adulti.
- Pensare ad un piano di evacuazione rapida con tutta la famiglia.

Avvelenamenti

La maggiore mobilità li espone maggiormente ai tossici. Ad 1 anno molti cominciano a camminare appoggiandosi ai mobili, a 18 mesi sono completamente indipendenti e capaci di aprire cassetti, armadietti sotto-lavelli e porta medicinali. Migliorano le capacità di linguaggio, ma sono ancora carenti le capacità di comprendere le regole ed il concetto di causa-effetto con scarso controllo dell'impulsività e maggiore curiosità li espone a grandi rischi di intossicazione se non controllati dagli adulti. Sono però molto meno a rischio di intossicazione delle età precedenti perché fra 5 e 12 mesi avvengono notevoli cambiamenti biologici, anche se mantengono un rapporto superficie corporea-peso maggiore rispetto all'adulto e rimanendo più esposti ai rischi di intossica-

zione a parità di esposizione rispetto all'adulto. Anche la maggior frequenza respiratoria rispetto all'adulto con polmoni in continuo sviluppo e superficie corporea in aumento li espone a maggiori danni da inalazione e contatto con veleni ambientali. Possono a questa età correre ed arrampicarsi raggiungendo posti reconditi dove sono nascoste sostanze tossiche e medicinali, e possiedono capacità manuali per aprire o forzare contenitori di vario genere non ben conservati.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Utilizzare confezioni per tossici e medicinali a prova di bambino in modo da impedire o ritardare l'apertura sino all'arrivo di un adulto.
- Conservare le sostanze tossiche o i medicinali nelle confezioni originali e non in scatole colorate o bottiglie di plastica ad uso alimentare.
- Non chiamare caramelle i confetti o le capsule medicinali.
- Evitare di farsi vedere mentre si assumono medicinali data la tendenza ad imitare gli adulti.
- Allontanare i medicinali dalla vista e dalla presa dei bambini (borsetta della mamma aperta).
- Installare sensori di monossido di carbonio, gas inodore e incolore letale a dosi più basse rispetto agli adulti.
- Conoscere o avere a portata di mano il numero telefonico dei centri antiveleeni, magari avendo a disposizione nella cassetta dei medicinali alcuni semplici presidi come il carbone vegetale o il sucralfato sempre dopo consiglio con il proprio Pediatra di famiglia.

Età scolare

Periodo della vita di grande crescita e voglia di avventura fra 5 e 9 anni interviene un grande sviluppo fisico e mentale, migliorano le capacità di giudizio, si fanno sentire le influenze dei coetanei nell'esposizione al rischio di incidenti.

Le cadute

Fra 5 e 12 anni l'altezza è circa il doppio di quella fra 2 e 3 anni, con una capacità di aggrapparsi e rimanere in equilibrio 8 volte maggiore rispetto ai più piccoli. Si gioca di più in gruppo anche in zone poco sicure o a giochi pericolosi.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Assicurarsi che giochino in spazi e con utensili adatti all'età.
- Non posizionare mobili vicino alle finestre, potrebbero voler emulare i super eroi.
- Farli giocare su tappetini di gomma per ridurre i danni da caduta su di una superficie dura.

Incidenti in bicicletta

L'uso della bicicletta è occasione di attività fisica ma anche di aumentato rischio di incidenti con ricorso dieci volte maggiore al pronto soccorso fra 5 e 14 anni rispetto all'età 0-4 anni. In questa fase della vita la maturazione moto-sensoriale non è ancora completata, non si possiede infatti lo stesso senso di coordinamento nello spazio e capacità di evitare gli ostacoli degli adulti (16-18). L'uso del casco fra 5 e 9 anni è fortemente influenzato dall'esempio dei coetanei e dei genitori.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Far conoscere le regole della strada cui i ragazzini sono più ligi degli adulti.
- Far usare caschi e protezioni per ginocchi e spalle quando si usa la bicicletta.
- Preferire i sedili posteriori delle auto (possibilmente lato destro corrispondente a quello dei marciapiedi anziché della strada) (su appositi rialzi sino all'altezza di 150 cm) con cinture allacciate.
- Prima di partire con l'auto, controllare tutt'attorno che bambini non siano nascosti in qualche punto poco visibile.
- Mai lasciare soli i bambini in macchina.

Ustioni

Fra 5 e 9 anni il rischio di ustioni è inferiore rispetto alle età precedenti (19) e

non è legato alle caratteristiche della cute, che è comunque più sottile rispetto a quella dell'adulto, ma alle loro maggiori capacità cognitive e di evitare liquidi e sostanze ustionanti. Inoltre a questa età si passa la maggior parte del tempo a scuola soprattutto in contemporanea alle attività di cucina in casa, quando si è vicino ai fornelli. I rischi maggiori comunque provengono da stoviglie provenienti dai fornelli o dal microonde posti sul tavolo e facilmente raggiungibili dai ragazzi di questa età.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Regolare i termostati degli scaldabagni su temperature non superiori a 45-48°C.
- Tenerli lontani dalle pentole ustionanti.
- Non permettere ai ragazzi di utilizzare il microonde finché non raggiungano un'altezza che permetta loro di maneggiare con sicurezza le stoviglie all'interno e di comprendere anche la forza ustionante del vapore.
- Posizionare i cibi caldi al centro del tavolo, a distanza dai ragazzi.

Fiamme

I rischi derivanti dagli incendi sono maggiori a quest'età. Inoltre si ha tendenza a rispondere meno prontamente ad un allarme antincendio mentre si sta dormendo (20) probabilmente per un ritardo nello sviluppo del lobo prefrontale abbastanza frequente fra 12 e 24 anni e responsabile delle capacità di giudizio (21).

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Consigliare l'adozione di allarmi antincendio spesso con l'utilizzo di strobe light o sirene particolarmente potenti per svegliare i ragazzi.
- Possedere estintori.
- Allontanare dalla loro portata fiammiferi e accendini o sigarette accese.
- Insegnargli a non giocare con fiammiferi o accendini soprattutto se a forma di giocattoli come spesso oggi avviene.
- Discutere con loro un piano di evacuazione rapida con tutta la famiglia.

Avvelenamenti

Il rischio di avvelenamento a quest'età è molto simile a quello che corre l'adulto, dato che sono in grado di discernere fra ciò che è giusto o meno fare e di collegare i propri comportamenti alle possibili conseguenze, ma mantengono comunque un ampio rapporto superficie/massa corporea rimanendo più vulnerabili di un adulto a parità di esposizione al tossico.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Allontanare i medicinali e i detersivi pericolosi dalla vista e dalla presa dei ragazzi.
- Installare sensori di monossido di carbonio, gas inodore e incolore letale a dosi più basse rispetto agli adulti.
- Conoscere o avere a portata di mano il numero telefonico dei centri antiveleni.

Prima adolescenza

Fra 10 e 14 anni intervengono grandi modifiche non solo fisiche, ma anche mentali e sociali. Si tende all'indipendenza e spesso si è senza il controllo dei genitori, mentre l'influenza e l'accettazione da parte dei propri coetanei diviene molto importante. Il rischio è in un comportamento e percezioni di invincibilità e immortalità.

Incidenti in bicicletta

Fra 8 e 12 anni sono ancora scarse le capacità di riconoscere e quindi evitare ostacoli e prevenire cadute, sono processi inoltre che tendono a non avvenire contemporaneamente come negli adulti. Minore è la percezione visiva di un ostacolo rispetto al quadro di fondo così come pure minore è la coordinazione motoria della pedalata e le capacità di mantenere l'equilibrio corporeo rispetto all'adulto. Maggiori quindi i rischi sulla strada di non evitare automobili.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Assicurarsi che in bicicletta utilizzino caschi e protezioni per ginocchi e

spalle, poiché potrebbero non considerarli belli alla vista o potrebbero imitare coetanei che non li usano.

- Essere di esempio per i ragazzi rispettando semafori e segnali stradali.

Incidenti sulla strada

I ragazzi raggiungono la pubertà ad età differenti. In questo periodo sono alte le possibilità di morire sulla strada o di procurarsi danni alla testa, colonna vertebrale e all'addome come occupanti di un veicolo perché rifiutano di allacciarsi le cinture o perché non usano più il rialzo che è ancora necessario fino ad una certa altezza.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Allacciarsi sempre tutti le cinture di sicurezza.
- Convincere che fino a 13 anni tutti dovrebbero viaggiare sui sedili posteriori.
- Dare consigli sulla sicurezza sulla strada.

Fiamme

Fra 10 e 14 anni la cute si fa più spessa ed i polmoni si sviluppano ma non sono ancora quelli di un adulto. I pericoli maggiori derivano dal fuoco piuttosto che dalle ustioni essendo i ragazzi capaci di discernere le fonti di calore eccessivo. Spesso però avvengono fenomeni di piromania forse per manifestare potere fra i coetanei, ma spesso ciò accade in adolescenti con altri problemi comportamentali come l'aggressività, atteggiamenti anti-sociali e l'abuso di droghe. Spesso l'incendio deriva da un uso più frequente di candele per creare atmosfera o soprattutto al sud Italia dall'uso di fuochi d'artificio.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Discutere sulla sicurezza nell'uso di accendini o sulla pericolosità di accendere fuochi.
- Insegnare a non lasciare accese candele in luoghi chiusi.

- Simulare un'evacuazione da casa con tutta la famiglia.

Avvelenamenti

L'adolescenza espone a nuovi rischi di avvelenamento collegati all'indipendenza e all'influenza derivante dall'appartenenza ad un gruppo di coetanei. Di qui i pericoli derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti soprattutto in luoghi di aggregazione di massa come discoteche e rave party. Inoltre si può anche essere esposti ai rischi di sostanze tossiche presenti sul luogo di lavoro o di pratica dello sport.

Suggerimenti per i genitori/tutori

- Informare sui pericoli connessi con l'uso di medicinali, droghe, vernici spray, carburanti.
- Installare sensori di monossido di carbonio, gas letale inodore e incolore.
- Conoscere o avere a portata di mano il numero telefonico dei centri antiveleni.

Bibliografia

1. World report on child injury prevention/ edited by Margie Peden et al. World Health Organization 2008.
2. Erdman TC et al. Tap water burn prevention: the effect of legislation. *Pediatrics* 1991; 88:572-7.
3. Spiegel CN, Lindaman FC. "Children Can't Fly": a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. *American Journal of Public Health* 1997; 67:1143-6.
4. Rodgers G. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription drug: two decades of experience. *Journal of the American Medical Association* 1996; 275:1661-5.
5. Towner E, Errington G. How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen, Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004.
6. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. WHO 2005.
7. Gli incidenti domestici in Provincia di Piacenza. Analisi del fenomeno nel periodo 2004-2005. Dip. Sanità Pubblica, U.O. Epidemiologia e Comunicazione.
8. Ferrante P, Peccarisi L et al. "Manuale PBLSD per esecutori sanitari. *Pediatric Basic Life Support for healthcare professionals*". S.I.M.E.U.P. Pag. 8. Biomedica Ed. 2011.
9. Kleinman ME, de Caen AR, Chameides L, Atkins DL, Berg RA, Berg MD, Bhanji F, Biarent D, Bingham R, Coovadia AH, Hazinski MF, Hickey RW, Nadkarni VM, Reis AG, Rodriguez-Nunez A, Tibballs J, Zaritsky AL, Zideman D and Pediatric Basic and Advanced Life Support Chapter Collaborators. *Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations* *Circulation* 2010;122:S466-S515.
10. Huyer DW, Corkum SH. Reducing the incidence of tap-water scalds: strategies for physicians. *CMAJ* 1997;156(6):841-4.
11. Feldman KW. Help needed on hot water burns. *Pediatrics* 1983;71(1):145-6.
12. Berg M D, Cook L, Corneli HM, Vernon DD, & Dean JM. Effect of Seating Position and Restraint Use on Injuries to Children in Motor Vehicle Crashes. *Pediatrics* 2000; 831-5.
13. Segui-Gomez M. Evaluating interventions that promote the use of rear seats for children. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;23-9.
14. Drago DA. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics*. 2005;115(1):10-6.
15. Zuckerman BS, Duby JC. Developmental approach to injury prevention. *Pediatr Clin North Am* 1985;32(1):17-29.
16. Roncesvalles MN, Schmitz C, Zedka M et al. From egocentric to exocentric spatial orientation: Development of posture control in bimanual and trunk inclination tasks. *Journal of Motor Behavior* 2005;37:404-16.
17. Sveistrup H, Schneiberger S, McKinley PA et al. Head, arm and trunk coordination during reaching in children. *Experimental Brain Research* 2008;188:237-47.
18. Tresilian JR, Mon-Williams M, Coppard VL et al. Developmental changes in the response to obstacles during prehension. *Journal of Motor Behavior* 2005;37:103-10.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Centers for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. (2005) [cited 2008 Dec. 15]. Available from: www.cdc.gov/ncipc/wisqars.
20. Bruck D. Non-Awakening in children in response to a smoke alarm. *Fire Safety Journal* 1999; 32(4):369-76.
21. Bruck D, Reid S, Kouzma J et al. The effectiveness of different alarms in waking sleeping children. *Proceedings of the Third Human Behaviour in Fire Conference* 2004;279-90.



Il riflesso rosso nel neonato e nella prima infanzia: indagine conoscitiva sul comportamento dei pediatri

Giuseppina Ragni

Pediatra di Famiglia ASL LATINA

Cristian Noto

Pediatra di Famiglia ASL FROSINONE

Paolo Del Greco

Medico Chirurgo interno, AOU Meyer, Firenze

Maria Paglione

Pediatra di Famiglia ASL LATINA

Parole chiave:

Test del riflesso rosso, riflesso di Bruckner, screening della visione

Key words:

Red reflex testing, Bruchner reflex, vision screening

Abstract:

The Red reflex test is an essential component of neonatal, infant and child physical examination. Here are reported the behaviors of 65 Italian pediatricians about red reflex test. Most of them (96%) evaluate regularly the red reflex, in 50% of cases with ophthalmoscope, the remaining with no specific light, none of pediatricians interviewed uses chemical mydriasis. Most of the neonates do not receive the test at the neonatal care unit. Almost all the pediatricians complain difficulties in performing the test.

Il test del riflesso rosso è una componente essenziale dell'esame obiettivo del neonato e del bambino, in questo lavoro abbiamo indagato il comportamento di 65 pediatri riguardo al test. Il 96% esegue il test del riflesso rosso, il 50% con l'oftalmoscopio; nessuno lo esegue con la dilatazione pupillare farmacologica. La quasi totalità dei neonati non è stata sottoposta allo screening nel punto nascita. Per tutti gli intervistati risulta essere un test problematico nell'esecuzione e nell'interpretazione.

Introduzione

Il test del riflesso rosso (RR) è essenziale per il precoce riconoscimento di situazioni in grado di mettere in pericolo la funzione visiva e/o la vita, come la cataratta, il glaucoma, il retinoblastoma, le anomalie retiniche, le malattie sistemiche con manifestazioni oculari e i forti errori di rifrazione. L'American Academy of Pediatrics raccomanda l'esecuzione di questo test come parte essenziale dello screening oculare a partire dal periodo neonatale e durante tutte le successive visite di controllo dello stato di salute (1). Il test si effettua con un oftalmoscopio o una trasmissione di luce diretta che attraversa le parti trasparenti del segmento anteriore dell'occhio, incluso lo strato sottile delle lacrime, la cornea, l'umor acqueo, il cristallino e l'umor vitreo. Il riflesso è dato dalla vascolarizzazione della coroide che illuminata si trasmette all'indietro, attraverso i mezzi ottici e l'apertura dell'oftalmoscopio all'occhio dell'esaminatore. Ogni fattore che alteri la normale permeabilità alla luce comporterà un'alterazione del riflesso che può essere dovuta a muco o altri corpi estranei presenti nello strato sottile delle lacrime; opacità corneali; opacità dell'umor acqueo; alterazioni dell'iride, che compromettano l'apertura della pupilla; cataratta; opacità del vitreo; alterazioni retiniche, compresi i tumori o i colobomi corio-retinici. Come si evince dalla tabella 1, tali alterazioni congenite sono rare, ma se prontamente diagnosticate, le cure adeguate possono modificare la prognosi quoad valetudinem e quoad vitam (2,3). Variazioni significative del riflesso rosso sono presenti in bambini di differenti etnie e gruppi etnici, per i differenti livelli di pigmentazione del fondo oculare (1). La Regione Lazio, così come altre Regioni italiane, in accordo con la Federazione Italiana Medici Pediatri (F.I.M.P) ha ritenuto utile e possibile affidare al pediatra di famiglia, che cura il bambino dai primi mesi

di vita fino all'inizio dell'adolescenza, l'osservazione attenta e continua della funzione visiva nell'ambito dei bilanci di salute previsti dall'ultimo Accordo Collettivo Nazionale, ma l'esecuzione del test dovrebbe essere effettuata anche nei punti nascita per garantire una diagnosi veramente precoce delle forme congenite. Scopo di questo lavoro è indagare come i pediatri che operano sul territorio e quelli che lavorano nei punti nascita eseguono il test e quanto i loro comportamenti siano aderenti alle raccomandazioni scientifiche o si discostino da essi, al fine di poter adeguare i comportamenti e svolgere quel ruolo di centralità che il pediatra ha nell'ambito della prevenzione.

Materiali e metodi

Per valutare il comportamento pediatrico nei confronti dell'esecuzione del test "Riflesso Rosso" abbiamo strutturato un questionario che è stato somministrato ai pediatri dagli autori personalmente. Il questionario prevedeva le seguenti domande a risposta semichiusa:

1. Possiedi un oftalmoscopio? Se non lo possiedi come valuti il riflesso rosso?
2. I neonati che segui hanno ricevuto l'oftalmoscopia nel punto nascita?
3. Quante volte valuti il riflesso rosso sullo stesso bambino?
4. Fino a che età lo valuti?
5. Il riflesso rosso è sempre di facile esecuzione? Esegui la dilatazione pupillare?

6. In che posizione metti il bambino durante l'esecuzione del test?

7. Hai mai diagnosticato o mancato di diagnosticare patologie riconoscibili con il riflesso rosso?

La struttura del questionario è stata basata sulle raccomandazioni salienti dell'ultimo Position Statement dell'American Academy of Pediatrics (1) considerandolo la voce più autorevole che ha stilato delle norme sull'esecuzione del test. Tali norme sono poi state riprese come punto di riferimento dalle più importanti associazioni pediatriche italiane ed europee (2,3). Per verificare le risposte ottenute riguardo ad un aspetto cruciale come quello della valutazione del riflesso rosso nei punti nascita, abbiamo somministrato, tramite consultazione telefonica, un test ad i responsabili dei punti nascita presenti negli ospedali delle ASL Roma Sud, Latina, Frosinone chiedendo:

1. Eseguite la valutazione del riflesso rosso ai neonati che nascono nel vostro punto nascita?
 2. Il test del riflesso rosso viene eseguito dal neonatologo?
 3. Inviati i bambini a screening oculistico?
 4. Viene utilizzata la dilatazione pupillare?
 5. I neonati di basso peso o prematuri vengono inviati a controllo oculistico?
- Le risposte ottenute sono state confrontate con quanto successo negli ultimi 10-15 anni nella regione Toscana e nel Veneto.

Risultati

Sono stati arruolati 65 pediatri di cui 60 pediatri di famiglia e 5 ospedalieri. L'indagine è stata svolta su pediatri provenienti da diverse regioni italiane, anche se la maggior parte riguarda i pediatri che lavorano nella ASL di Latina e Frosinone, nello specifico: 8 pediatri provenivano dalla Toscana, 7 da Puglia, Campania e Basilicata, 9 dalle ASL di Roma e dintorni, 30 dalla ASL di Latina e 11 dalla ASL di Frosinone (Fig.1). I punti nascita intervistati riguardano l'area Roma Sud, ASL Latina, ASL Frosinone che inglobano l'80% delle nascite afferenti ai pediatri intervistati, considerando anche i punti nascita Toscani e Veneti come controlli.

Alla domanda: *Possiedi un oftalmoscopio? Se no come valuti il riflesso rosso?* 38 pediatri (58%) hanno risposto di possedere un oftalmoscopio, 24 (36,9%) eseguono il test utilizzando l'otoscopio, 3 (4,6%) non eseguono mai il test, di questi uno riferisce di inviare tutti i neonati a screening oculistico. I tre pediatri terminano quindi il questionario e restano per le valutazioni ulteriori 62 pediatri.

Alla domanda: *I neonati che segui hanno ricevuto la valutazione del RR presso il punto nascita?* undici pediatri (17,74%) confermano di ricevere una attestazione dell'esecuzione del RR nel punto nascita nella cartella di dimissione del neonato; di questi 8 lavorano in Toscana e 3 nelle Puglie. I restanti 51 (82,25%) non ricevono indicazioni utili sull'avvenuta esecuzione del RR nel punto nascita, alcuni di questi (7) riferiscono che hanno referti a tal riguardo solo per i neonati dimessi da alcuni punti nascita romani.

Alla domanda: *Quante volte valuti il RR nello stesso bambino?* quattro pediatri (6,4%) riferiscono di valutarlo una sola volta, 46 pediatri (74,2%) da 2 a 5 volte, 12 pediatri più di 5 volte fino a 10, e più di 10 volte solo in casi sporadici.

Tabella 1. Le patologie oculari identificabili tramite il RR sono malattie rare (13)

Malattie identificabili tramite lo screening del riflesso rosso e relativa prevalenza	
Opacità corneali, disgenesie del segmento anteriore	(1:30.000)
Glaucoma congenito	(1:10-20.000)
Cataratta congenita	(2:10.000)
Colobomi anteriori o posteriori	(1:10.000)
Vitreo primitivo iperplastico	(1:40.000)
Retinoblastoma	(1:20-25.000)
Ametropie elevate

Alla domanda: *Fino a che età del bambino valuti il RR?* cinquantacinque pediatri intervistati (88,7%) riferiscono di valutarlo fino ai 12 mesi, 3 pediatri continuano a valutarlo fino a 2 anni, 4 pediatri continuano fino al 3° anno di vita. La questione della tecnica di esecuzione viene affrontata chiedendo ai pediatri se ritengono che il RR sia di facile esecuzione: 11 pediatri ritengono che è sempre facilmente ottenibile, 44 lo ottengono in più del 50% dei casi, 7 pediatri ritengono che la tecnica di esecuzione non sia sempre facile e riescono ad ottenere il riflesso facilmente in meno del 50% delle valutazioni. Approfondendo la questione viene chiesto ai pediatri quale sia il loro comportamento quando non riescono a visualizzare correttamente il RR. La risposta nella maggior parte dei casi è stata: Ripeto il test nel controllo successivo. Solo allora, se il dubbio persiste, lo invio dall'oculista. Nessuno dei pediatri intervistati esegue mai la dilatazione pupillare. Ulteriori dati sulla questione tecnica dello svolgimento del test vengono indagati dalla seguente domanda: Quando esegui il test, il bambino è steso sul lettino o tenuto eretto dai genitori? La domanda è volta ad analizzare il metodo di esecuzione del test riguardo all'ottenimento del riflesso su entrambi gli occhi contemporaneamente in modo da evidenziare differenze tra i due occhi. La maggior parte dei pediatri (72,5%) esegue il test con il bambino steso sul lettino, 14 invece lo fanno tenere eretto dai genitori, 5 pediatri hanno detto di farlo in entrambe le posizioni sia in relazione all'età del bambino che alla riuscita del test. Quando viene chiesto loro di indicare se durante la loro carriera di pediatri abbiano mai diagnosticato oppure mancato di diagnosticare una patologia oculare rilevabile con il test del RR, le risposte si articolano nel seguente modo: 55 pediatri (88,7%) riferiscono di non aver mai fatto o perso diagnosi di tali patologie, i restanti riferiscono di aver diagnosticato attraverso il test del riflesso rosso (rifles-

so mancante o anomalo): 1 glaucoma, 11 cataratte congenite, 1 malattia di TaySachs, 1 ipertrofia del nervo ottico, 1 maculopatia; invece le diagnosi mancate sono state: 2 glaucomi, 7 cataratte, 1 retinoblastoma (Fig.2). Riguardo alla esecuzione del test nei punti nascita, tutti i neonatologi operanti nei punti nascita intervistati hanno riferito di non eseguire il test durante la degenza del neonato in ospedale, i punti nascita con centri di patologia neonatale e quelli con terapie intensive neonatali hanno riferito di far eseguire la visita oculistica ai neonati di peso inferiore a 1800 g.

Discussione

L'obiettivo principale dello screening oculistico in pediatria è quello di individuare precocemente patologie che compromettano un normale sviluppo dell'apparato visivo. Il pediatra deve conoscere e applicare correttamente tutte le metodiche che consentono di raggiungere questo obiettivo. L'anamnesi familiare deve essere estesa alla conoscenza di gravi patologie oculari familiari congenite come: retinopatie, glaucoma, cataratta, retinoblastoma, patologie malformative e metaboliche, difetti di rifrazione come miopia astigmatismo ed ipermetropia nonché strabismo e ambliopia. L'anamnesi deve essere rivolta anche al periodo pre, peri e post-natale per eventuali infezioni congenite e postnatali (TORCH ecc.), pre-

maturità semplice o con distress respiratorio ed ossigenoterapia, sofferenza neonatale ipossico-ischemica, neonato di peso basso o molto basso, sindromi malformative, traumi peri e post-natali. Tutte queste condizioni, se presenti, necessitano di una valutazione oculistica pediatrica prima possibile. La visita neonatologica deve comprendere una attenta ispezione di occhi e facies per verificare la presenza di asimmetrie facciali, atteggiamenti anomali del capo, anomalie palpebrali, diametri corneali, anomalie bulbari (microftalmo, buftalmo), trasparenza corneale e le eventuali anomalie dei movimenti oculari. Gli esami consigliati sono: Riflesso Rosso in campo pupillare, Riflessi luminosi corneali, Motilità oculare, Riflessi pupillari e ricerca di deficit delle afferenze pupillari, test della stereopsi (stereo test), Test dell'acuità visiva (4,5). Il tutto deve essere completato da opportune domande al genitore su come recepiscono la funzione visiva del bambino e sugli eventuali problemi che rilevano. Lo screening visivo viene svolto normalmente dal pediatra, con caratteristiche diverse dalla nascita fino all'adolescenza, ma le problematiche più rilevanti si pongono a riguardo della realizzazione del RR per le caratteristiche specifiche che pone il test e per la sua funzione di diagnosi precoce riguardo a malattie potenzialmente invalidanti e più raramente mortali (4,5). Dall'analisi svolta è evidente che i pediatri hanno un'attenzione

Figura 1. Distribuzione geografica per aree lavorative dei pediatri intervistati

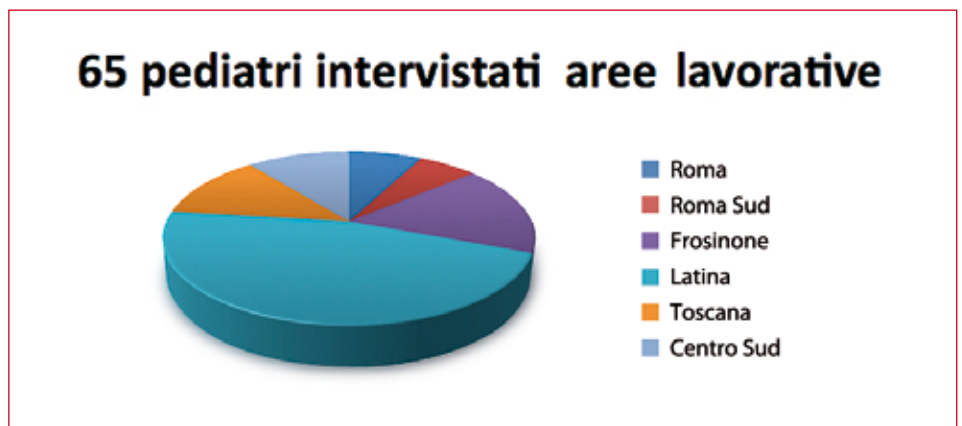
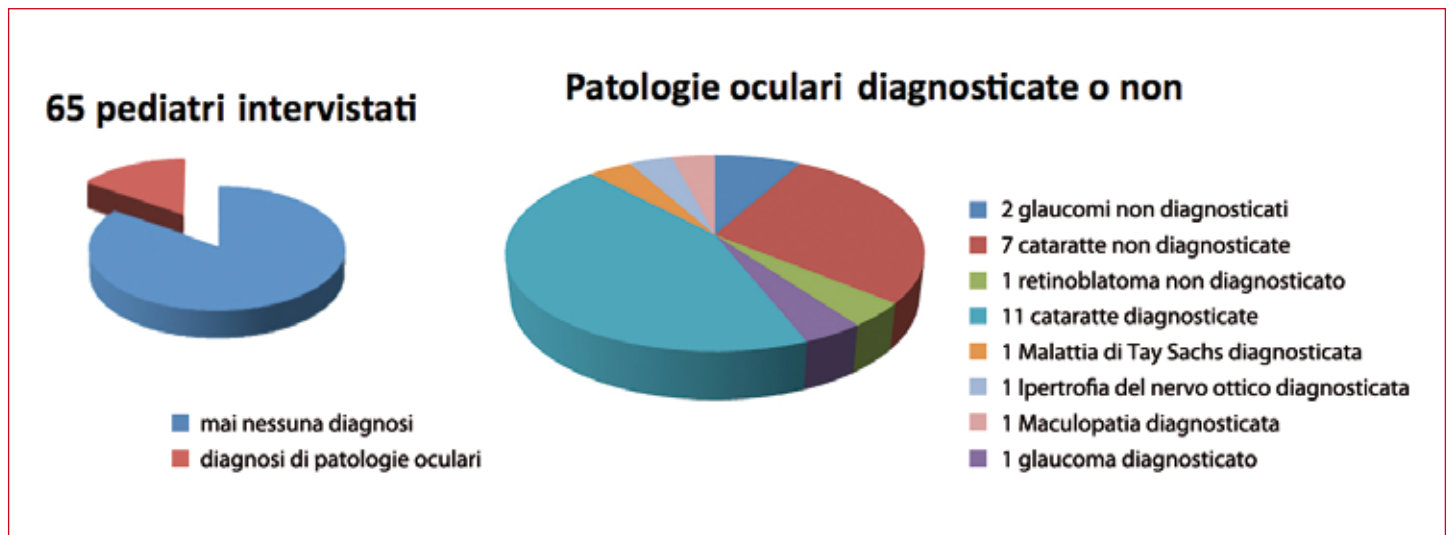


Figura 2. Venticinque patologie oculari in totale diagnosticabili mediante il test del RR su 65 pediatri intervistati, 87% riferisce di non aver mai fatto o perso una diagnosi con tale test, 10 pediatri riferiscono di aver diagnosticato 15 patologie oculari mancando la diagnosi in 10 casi, nella figura sono indicate le singole patologie diagnosticate e non



particolare verso tutte le tecniche di diagnosi precoce, visto che il 95,3% dei pediatri esegue regolarmente il test sui neonati e sui lattanti. Tre pediatri riferiscono di non eseguire il test, di questi uno esercita la professione solo ospedaliera e quindi non effettua controlli di crescita, e in un altro caso il pediatra riferisce di inviare a screening oculistico tutti i neonati che arrivano nel suo studio. La maggior parte dei pediatri ripete il test di valutazione a tutti i controlli del primo anno di vita, solo alcuni continuano a farlo negli anni successivi come sarebbe raccomandato dall'American Academy of Pediatrics (1). Nella precedente edizione del Position Statement del 2002 (6) si indicava come 2 volte il numero delle valutazioni utili del test, nell'ultima versione del 2008, invece, non si fa riferimento a quante volte debba essere eseguito, ma si consiglia di effettuarlo a tutti i controlli pediatrici. Riguardo alle questioni tecniche molto deve essere ancora fatto: le raccomandazioni ufficiali consigliano di eseguire il test con l'oftalmoscopio regolato sullo 0 facendo tenere il bambino eretto dal genitore in penombra, a distanza di 60-70 centimetri e valutando il riflesso sia bilateralmente che per singolo occhio, in modo da poter cogliere le differenze

tra i due occhi. I punti salienti delle raccomandazioni consigliano, inoltre, di ripetere il test nei giorni immediatamente successivi alla visita, se il riflesso non è stato evocato, e quindi di effettuarlo utilizzando gocce midriatiche per poi inviarlo dallo specialista, qualora il risultato fosse persistentemente negativo o alterato (Fig. 3). Sulla questione della dilatazione pupillare, sebbene il Position Statement riporti la quasi totale innocuità delle gocce utilizzate, ritiene comunque opportuno richiedere ai genitori il consenso informato allo svolgimento del test. Le regole ed i farmaci utilizzati per la dilatazione pupillare sono state riprese dal Position Statement e riportate nella tabella 2. In Italia viene utilizzata la tropicamide. I possibili effetti collaterali descritti includono: elevazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, orticaria, aritmie cardiache e dermatite da contatto. La dilatazione pupillare è considerata possibile al di fuori di un ambiente ospedaliero, in un neonato di più di 2 settimane e non prematuro. L'uso di dilatazione pupillare negli studi pediatrici dovrebbe comunque essere effettuato previa richiesta del consenso informato ai genitori (7-12). Sulla questione relativa alla non facile esecuzione del

test, le raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics (1) indicano come il RR sia di più difficile esecuzione nei bambini di colore e in quelli con gli occhi intensamente scuri, pur rilevando che l'abitudine ad effettuare il test migliora la qualità della performance. A tal proposito, però dal punto di vista

Figura 3. Raccomandazioni per la corretta esecuzione del test



Le raccomandazioni ufficiali consigliano di eseguire il test con l'oftalmoscopio regolato sullo 0 facendo tenere il bambino eretto dal genitore in penombra a distanza di 60-70 centimetri valutando il riflesso sia bilateralmente che per singolo occhio, in modo da poter cogliere le differenze tra i due occhi. Per ottenere una valutazione comparativa è necessario che il bambino sia seduto (mai steso!)

Tratto da: PEDIATRICS Volume 122, Number 6, December 2008

Tabella 2. La midriasi farmacologica viene ottenuta con farmaci o mescolanze di farmaci diversi in Italia si preferisce, però, utilizzare per la visualizzazione del riflesso rosso unicamente la tropicamide allo 0,5% oppure all'1% a seconda dell'età del bambino

Colliri suggeriti per la dilatazione pupillare nei bambini

BAMBINI < 9 MESI :

0,25% ciclopentolato+2,5% fenilefrina da instillare 15 minuti prima dell'esame. Le gocce di atropina sono sconsigliate per i potenziali effetti avversi di tipo anticolinergico

BAMBINI > 9 MESI:

Tropicamide 1%, fenilefrina 2,5% in gocce oftalmiche: 1 gtt per occhio 15 minuti prima del test

pediatrico esistono grandi dubbi sulla qualità dei test svolti. La quasi totalità dei pediatri intervistati nelle diverse regioni italiane, ritiene di non avere la competenza necessaria allo svolgimento del test e la mancanza di sicurezza porta a considerare un errore di tecnica il RR non correttamente evocato, tanto da non effettuare la ripetizione del test in midriasi nei giorni a seguire, ma a rimandare la valutazione ad un successivo controllo. Considerando che la diagnosi precoce è fondamentale nella prognosi quoad vitam e quoad valetudinem, questo atteggiamento potrebbe non essere compatibile con una totale possibilità di riparazione del danno oculare (5). Altro problema cruciale è lo svolgimento del test nei punti nascita: l'indagine svolta rileva come il test non venga praticamente mai eseguito durante la degenza ordinaria del ne-

onato nelle zone di Roma Sud, Latina, Frosinone. Dopo diverse diagnosi mancate, seguite da denunce dei genitori ai pediatri di famiglia ed ai punti nascita, la regione Toscana e la regione Veneto, hanno reso obbligatoria l'esecuzione del test nei punti nascita, come viene anche raccomandato dal Position Statement dell'American Academy of Pediatrics (1). L'esecuzione del test in ambito ospedaliero potrebbe consentire con maggiore facilità l'utilizzo delle gocce midriatiche e l'invio all'oculista nel caso di RR non ottenibile oppure alterato, in modo da escludere pericolosi ritardi nella diagnosi di patologie come cataratta, glaucoma, vitreo primitivo iperplastico e retinoblastoma congenito. Il punto nascita rappresenta un momento cruciale per la diagnosi di patologie oculari, perché opera su tutti i neonati nei primissimi giorni di vita, cosa pe-

raltro non scontata nell'ambulatorio pediatrico ove il bambino può arrivare anche in età più avanzate e cioè dopo il primo-secondo-terzo mese di vita.

Conclusioni

La sensibilità dei pediatri nella prevenzione e nella diagnosi precoce è oggi un cardine della professione di chi opera a largo raggio su tutta la patologia interna potenziale e prevenibile del bambino. Si richiede oggi al pediatra un saper fare che prescinde spesso dalle modalità con cui gli insegnamenti nelle scuole di specializzazione vengono affrontati. Il RR è un esempio calzante di come si possa fare diagnosi precoce con piccoli mezzi e senza dispendio di grandi risorse su patologie rare che però incidono negativamente sia sulla vita del bambino che sulla spesa sociale. È necessario quindi mettere il pediatra in condizioni di svolgere un buon lavoro attraverso una formazione specifica sempre più mirata al saper fare e creare uno stretto rapporto collaborativo tra il punto nascita, a cui spetta la prima esecuzione del test ed il pediatra, così come un canale preferenziale con un oculista pediatrico che possa rapidamente intervenire nel dubbio diagnostico.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology. Red reflex examination in infants and children. Pediatrics 2008;122:1401.
2. Nucci P, Picca M, Marinello R. La valutazione della funzione visiva linee guida per il pediatra di famiglia. Medico e bambino pagine elettroniche 2000;3(8).
3. Bartolozzi G. Il riflesso rosso nel neonato, nel lattante e nel bambino. Medico e Bambino Pagine elettroniche 2009;12(1).
4. Nucci P. Elementi di Oftalmologia Pediatrica 1st Edition Innovation-News Communication, distribuito da Nestlè Infant Nutrition, Pomezia, 2000.
5. Salati R, Cannao M. Vademecum di Oftalmologia Pediatrica. 1st Eds Ghedini Libraio, Milano 2001.
6. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology. Red reflex examination in infants and children. Pediatrics 2002; 109(5):980-1 Pediatrics 2008;122:1401.
7. Oğüt MS, Bozkurt N, Ozek E, Birgen H, Kazokoğlú H, Oğüt M. Effects and side effects of mydriatic eyedrops in neonates. Eur J Ophthalmol 1996;6(2):192-6.
8. Fraunfelder FT. Pupil dilation using phenylephrine alone or in combination with tropicamide. Ophthalmology 1999;106(1):4.
9. Gaynes BI. Monitoring drug safety: cardiac events in routine mydriasis. Optom Vis Sci 1998;75(4):245-6
10. Resano A, Esteve C, Fernandez Benitez M. Allergic contact blepharoconjunctivitis due to phenylephrine eye drops. J Investig Allergol Clin Immunol 1999;9(1):55-7.
11. Boukhman MP, Maibach HI. Allergic contact dermatitis from tropicamide ophthalmic solution. Contact Dermatitis 1999;41(1): 47-8.
12. Chew C, Rahman RA, Shafie SM, Mohamad Z. Comparison of mydriatic regimens used in screening for retinopathy of prematurity in preterm infants with dark irides. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2005;42(3):166-73.
13. Bruno I, Lega S. Trucchi del mestiere in oftalmologia. Medico e Bambino 2011;7(30):462-3.



I bambini e la città

Vado a scuola a piedi, ovvero il piedibus

Lucia Maggioni

Comitato genitori dell'Istituto comprensivo Camozzi, Bergamo

Renato Mazzoleni

Comitato genitori dell'Istituto comprensivo Camozzi, Bergamo

Paolo Crippa

Comitato genitori dell'Istituto comprensivo Camozzi, Bergamo

Leo Venturelli

Pediatra di famiglia, Bergamo

In molti dei nostri quartieri e paesi, molti cittadini, e non solo i bambini, non hanno la possibilità di muoversi a piedi in modo sicuro. Adulti e bambini evidenziano le condizioni di pericolo che la città presenta: troppo traffico, poco rispetto dei diritti dei pedoni, malintenzionati, marciapiedi sporchi, rovinati e occupati, attraversamenti pericolosi.

Da questa situazione, gli adulti traggono una conseguenza considerata quasi ovvia: il bambino rimane in casa e, se deve uscire, viene accompagnato in macchina, anche per brevi tragitti.

Le indagini statistiche effettuate nei quartieri di Monterosso e Redona, nel comune di Bergamo, rilevano che i bambini che provano a muoversi a piedi, ad esempio per andare a scuola, traggono invece una conseguenza diversa: è una cosa bella e sarebbe bello se i grandi modificassero le caratteristiche della città e i comportamenti dei cittadini per permettere loro di uscire di casa. Esiste oggi nell'infanzia una richiesta di libertà a cui, molto spesso, gli adulti (genitori, insegnanti, amministratori) rispondono che ne riconoscono l'importanza, che a loro piacerebbe accoglierla (ricordano che loro ne hanno goduto da bambini), ma che purtroppo le condizioni non lo rendono possibile. È insomma un lusso che non ci si può permettere e allora si cerca di compensare questa situazione, ricorrendo alla televisione, ai tanti giocattoli, alla play station, ai corsi di danza, ecc. Ma quello di uscire di casa, di poter vivere esperienze autonome, senza controllo degli adulti è veramente un lusso per i bambini? Lo si può così facilmente sostituire con la televisione o i contatti con altri bambini attraverso gli inviti in casa dell'uno o dell'altro o attraverso il telefono o internet?

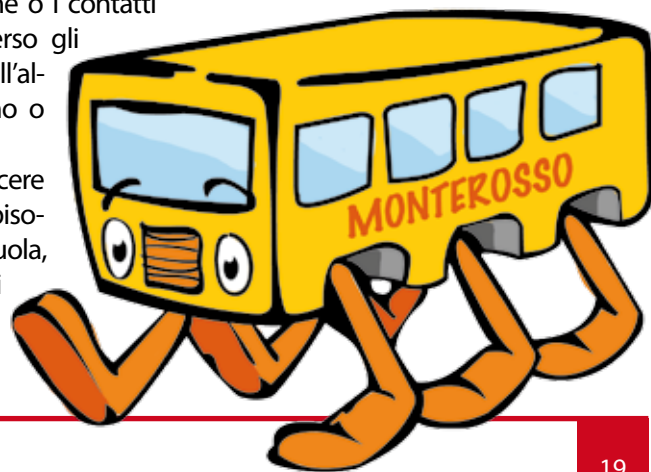
I bambini di oggi, per crescere e fare esperienze, hanno bisogno di una casa, di una scuola, di un prato ma anche di una città che permetta loro di raggiungere un'a-

mica al parco, comprare le caramelle dal tabaccaio, accompagnare un amico durante il ritorno da scuola, andare a giocare all'oratorio. L'infanzia di oggi ha bisogno di trovare dei percorsi in autonomia per soddisfare dei bisogni e la città glieli deve fornire. Altrimenti, se non vogliamo abbandonare i bambini davanti alla TV, li accompagneremo noi nei luoghi che noi adulti abbiamo reputato essere quelli che soddisfano – secondo noi – i loro bisogni.

Non possiamo neanche attendere fino all'adolescenza affinché ciò avvenga perché alcune esperienze di autonomia – dicono coloro che studiano l'età dello sviluppo – vanno fatte molto prima.

La città utile ai bambini

Vivere in un quartiere dove le strade sono sicure fornisce, ad esempio, a un bambino di 8 anni la possibilità di decidere di uscire di casa al sabato pomeriggio ed andare al parco o all'oratorio a giocare, passando a chiamare un amico. In questo caso le strade sicure sono utili perché aumentano il margine di libertà dei bambini e le loro possibilità di scelta senza dipendere sempre dagli impegni e dalle disponibilità dei genitori. E allora chi può aiutare i bambini nella città? Tutti possono e devono intervenire e per tutti intendo i soggetti adulti che si pongono come loro educatori, quindi in primo luogo i genitori, la scuola, l'amministrazione comunale. Anche i pediatri del quartiere possono collaborare a informare i genitori e i bambini loro assistiti di questa iniziativa; il pediatra, come sostenitore di una qualità di vita migliore



per il bambino, diventa un promotore di iniziative che stimolano il movimento, combattono la sedentarietà e la tendenza al sovrappeso, nuova epidemia del nostro tempo.

Ma come è possibile aiutare i bambini nelle città?

È interessante notare come meno sicure siano le strade e meno i bambini le utilizzano. E meno bambini le usano, tanto meno gli altri bambini sono invogliati a farlo, perché non le sentono proprie. Di conseguenza gli adulti le considerano sempre più per se stessi e per le auto, e sempre meno per i più piccoli, e si pongono sempre meno problemi quando, ad esempio, alla guida dell'auto, non rispettano i diritti del pedone. Si instaura così un circolo vizioso, che a poco a poco espelle i più deboli dall'utilizzo autonomo della strada. Il primo passo da fare è spezzare questo circolo vizioso, partendo da ciò che è più semplice. La generazione degli attuali genitori – che è andata a scuola a piedi senza porsi troppe domande – ha oggi una responsabilità nei confronti dell'infanzia, che spesso trasporta a scuola in macchina. Se non ci si interroga subito, si rischia di cancellare per tutte le generazioni future, una grossa possibilità di autonomia e di libertà.

Il percorso da casa a scuola

Il percorso casa scuola è il percorso privilegiato dei bambini nella città e da qui si deve cominciare per dare sicurezza ai bambini e alle famiglie in questo tragitto e soddisfare il bisogno di autonomia di movimento dell'infanzia. Occorre creare una vera alleanza del mondo adulto intorno a questo obiettivo: la scuola deve assumerlo come suo programma educativo, i genitori come un diritto da difendere e l'amministrazione comunale deve avviare un processo di revisione dell'utilizzo della strada e della sicurezza per i pedoni. Il percorso casa scuola è un piccolo scacco al re dove il re è uno e trino: genitori, scuola, comune. Lasciamo alla scuola le sue competenze e

presupponiamo che l'amministrazione comunale operi nell'ottica della moderazione del traffico e dei percorsi sicuri da casa a scuola. Fatte salve queste due componenti, cosa possono fare i genitori? Come è possibile che cittadino e istituzioni condividano nei fatti una prassi educativa? I cittadini, in questo caso i genitori, devono provare a rendere sicura la strada e a tal fine possono, per una mattina, tutti insieme, andare a scuola a piedi.

Cos'è il PIEDIBUS?

Un gruppo di bambini che va a scuola a piedi accompagnato da un adulto, costituisce un Piedibus. La possibilità offerta ad altri bambini che abitano lungo il tragitto di unirsi al gruppo, sapendo che a un orario preciso passa il Piedibus per un punto riconoscibile del quartiere, diventa un servizio di accompagnamento a scuola. Effettuato saltuariamente, il Piedibus permette di vivere un momento particolare e di vedere che, in fondo, ci vuole poco per andare a scuola a piedi.

Quali sono i vantaggi?

Permette ai bambini di socializzare, conoscere nuovi amici e raccontarsi quanto fatto il giorno precedente, prima di entrare a scuola. L'ambiente esterno alla casa (negozi, scalette, piazza, edifici ma anche negozianti, volontari del traffico, ecc.) può essere scoperto dai bambini a poco a poco. Imparare insieme le regole della strada è più facile, i bambini più grandi possono essere di esempio per i più piccoli. Dà più sicurezza che non andare a scuola a piedi da soli e crea un rapporto di condivisione dei problemi tra genitori. Infine, riduce sensibilmente inquinamento e traffico nella zona circostante la scuola.

Come si organizza un PIEDIBUS

Analisi. I genitori di una scuola possono dar vita ad un Piedibus costituendo un gruppo organizzatore composto dai genitori stessi (ad es. rappresentanti di classe o comitato genitori) e da qualche

insegnante. Il gruppo analizza da quali vie provengono i bambini della scuola (informazione in possesso della scuola), individua i punti di attraversamento più pericolosi e verifica preliminarmente con gli altri genitori la disponibilità ad effettuare e ad usufruire del Piedibus. **Percorsi.** Va stabilito quanti Piedibus sono necessari e vanno individuate le linee tenendo conto dei tragitti che già i bambini fanno, di eventuali percorsi alternativi poco conosciuti e del fatto che anche i bambini che vengono da fuori quartiere devono avere un punto di accesso al Piedibus. Il punto di partenza, il punto di arrivo e le fermate devono essere luoghi ben identificabili nel quartiere (ad es. "fermata farmacia", "fermata edicola", ecc.). Ciascuna linea può essere contraddistinta da un colore.

Tempi e orari. Stabilire in quali giorni si effettua e se è solo all'entrata o anche all'uscita da scuola. È meglio partire con una sola giornata e, a poco a poco, aumentarne la frequenza. Calcolare gli orari di partenza e di fermata: arrivare un po' prima del suono della campanella permette agli autisti di verificare "a caldo" coi bambini come è andata.

Fermate. È utile predisporre delle locandine da installare qualche giorno prima con indicato l'orario di passaggio, il nome della fermata e il colore della linea. La locandina della fermata comunica anche a tutto il quartiere che in quei giorni ci sarà il Piedibus.

Autisti. Gli autisti sono genitori in grado di accompagnare a piedi un gruppo di bambini. Ogni 10 bambini ce ne vorrebbe uno, ma molto dipende dal tragitto. Ogni linea necessita di almeno due genitori, soprattutto durante gli attraversamenti. È utile che ve ne siano un paio "di riserva" disponibili a sostituirsi su qualsiasi linea in caso di assenza improvvisa di qualche autista. L'autista deve essere facilmente riconoscibile dai bambini. Prima del primo Piedibus è necessario che si incontrino col gruppo organizzatore per i dettagli. Settimana dopo settimana l'autista può diventare l'animatore

XXIV Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

BAMBINI DI VETRO

12 - 15
Settembre
2012
Grand Hotel
Vanvitelli
Caserta

Il Congresso ha
ottenuto presso il
Ministero della Salute
l'attribuzione di n° 21
Crediti Formativi di
Educazione Continua
in Medicina (E.C.M.)
per la categoria di
Medico Chirurgo
Rif. n° 555-37886
per la professione di
Medico Chirurgo,
Farmacista, Infermiere,
Infermiere Pediatrico,
Ostetrico/a.



Presidenti Onorari
Armido Rubino, Francesco Tancredi

CONSIGLIO DIRETTIVO SIPPS
Presidente
Giuseppe Di Mauro

Vice Presidenti
Sergio Bernasconi, Alessandro Fiacchi

Consiglieri
Chiara Azzari, Alessandra Graziottin, Giuseppe Banderali, Giacomo Biasucci

Segretario
Susanna Esposito

Tesoriere
Nico Maria Sciolla

Revisore dei conti
Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli

Segreteria Organizzativa



iDea congress
Via della Farnesina, 224 - 00135 Roma - Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
E-mail: info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

----- Mercoledì 12 Settembre -----

CORSI MONOTEMATICI

14.30 - 17.30 - SALA G.B. VICO - Gastroenterologia

Presidente: Alfredo Guarino

Moderatori: Gian Luigi de Angelis, Carlo Tolone

Nuove linee guida per la diagnosi della malattia celiaca
Renata Auricchio

La gestione della gastroenterite in età pediatrica
Eugenia Bruzzese

Nuovi strumenti diagnostici in endoscopia digestiva pediatrica
Massimo Martinelli

Nuove linee guida sull'infezione da Helicobacter Pylori
Erasmus Miele

14.30 - 17.30 - SALA FRANCESCO I - Endocrinologia e Diabetologia

Presidente: Laura Perrone

Moderatori: Maurizio Vanelli, Piero Di Saverio

Il bambino che non cresce
Maria Street

Quando esplorare la funzione tiroidea
Maria Carolina Salerno

Approccio all'irsutismo
Anna Grandone

Diabete e Prevenzione
Adriana Franzese, Dario Iafusco

14.30 - 17.30 - SALA GALIANI - Medicine Complementari

Presidente: Gian Paolo Salvioli

Moderatori: Giuseppe Casale, Michele Miraglia del Giudice

Indagine conoscitiva sull'impiego delle medicine complementari in Calabria
Teresarita Dolceamore, Roberto Miniero

Approccio low dose alla malattia allergica
Costantino Supino

Esperienze cliniche con medicinali low dose nella tonsillite streptococcica recidivante
Costantino Supino

Profilassi delle infezioni respiratorie ricorrenti
Costantino Supino

14.30 - 17.30 - SALA CARACCILO - Ginecologia ed Adolescentologia

Presidente: Roberto Sassi

Moderatori: Attilio Romano, Massimo Ummarino

Adolescente e ciclo mestruale
Sergio Bernasconi

Disturbi nutrizionali in adolescenza e problematiche ginecologiche
Silvano Bertelloni

Utilità e limiti dell'eco pelvica nella diagnostica adolescenziale
Giovanni Battista La Sala, Gabriele Tridenti

14.30 - 17.30 - SALA MARIA CAROLINA

Prevenzione della salute orale in età evolutiva

Il Pediatra in un nuovo percorso interdisciplinare con: l'osteopata, l'ortodontista, l'otorinolaringoiatra

Presidente: Gian Luigi Marseglia

Moderatori: Giovanni Petrazzuoli, Francesco De Martino

Si discute di:

Le asimmetrie cranio facciali

Fini e confini dell'Osteopatia in Pediatria
Alain Jourcin

Come effettuare una corretta diagnosi di asimmetrie cranio facciali in pediatria
Silvana Boscarino, Valentina Savoia

Question Time

Le asimmetrie cranio facciali: il contributo dell'ortodontista

Moderatori: Giuseppe Longobardi, Romeo Metrangolo, Donatella Stabile

In età precoce

Gaetano Jerardo, Antonella Polimeni

In età preadolescenziale

Gioacchino Pellegrino

In età postadolescenziale

Alberto Laino

Question Time

Moderatori: Gaetano Ausanio, Vincenzo Pio Comune

Il contributo dell'O.R.L. sulle asimmetrie cranio-facciali: come, quando e perchè

Antonietta De Lucia, Attilio Varricchio

14.30 - 17.30 - SALA FILANGIERI - La prevenzione in oftalmologia

Presidente: Adriano Magli

Moderatori: Giuseppe Caramia, Luciano Pinto, Gennaro Vetrano

Lo sviluppo delle funzioni visive nei primi tre anni di vita: impatto con la patologia

Francesca Esposito, Adriano Magli

Prevenzione della retinopatia del pretermine.
Salvatore Capobianco

Rilievo precoce dell'handicap visivo: tecniche di abilitazione visiva in età pediatrica.

Francesca Esposito, Anna Maria Papparella

Proposta di linee guida per la prevenzione delle malattie oculari in età pediatrica

Adriano Magli, Angelo Torre

Discussione

17.30 - SALA PLENARIA

INAUGURAZIONE

Introducono: **Giuseppe Mele, Armido Rubino, Francesco Tancredi, Alberto G. Ugazio**

SALUTO AUTORITÀ

18.00 - RELAZIONE DEL PRESIDENTE

18.30 - Talk show: "Bambini di vetro"

Conduce: Cristina De Grandis

Partecipanti: Antonio Affinita, Maria Luisa De Natale, Luigi Falco, Davide Guarneri

20.30 - Cena di Benvenuto

----- Giovedì 13 Settembre -----

08.30 - 09.30 - Comunicazioni orali

Presidente: Roberto Del Gado

Moderatori: Giuseppe Banderali, Raffaele Di Lorenzo

09.30 - 11.00 - "Le nuove mode nutrizionali"

Presidente: Marcello Giovannini

Moderatori: Giovanni Corsello, Luigi Martemucci

"L'alimentazione ha un ruolo nella prevenzione..."

... della sindrome metabolica?

Elvira Verduci

...dell'ipertensione arteriosa?

Marco Cesare Giussani

...dell'allergia alimentare?

Roberto Berni Canani

...della malattia celiaca?

Salvatore Auricchio

Discussant: Maria Grazia Sapia

11.00 - 13.30 - "Novità dall'immunologia e nuove proposte per la prevenzione dell'allergia"

Presidente: Angelo F. Capristo

Moderatori: Roberto Bernardini, Marzia Duse

Relazione tra carenza di Vitamina D, Obesità infantile, Diabete e sindrome Metabolica: un puzzle in via di risoluzione
Emanuele Miraglia del Giudice

Possibilità di prevenzione delle allergopatie mediante probiotici
Vito L. Miniello

Possibilità di prevenzione mediante formule ipoallergeniche
Alessandro Fiocchi

Possibilità di prevenzione mediante antiossidanti, acidi grassi, e perché no - immunomodulatori
Daniele Ghiglioni

Discussant: Domenico Perri

13.30 - Colazione di lavoro

**14.30 - 16.30 - Sessione Interattiva
"Il bambino capriccioso"**

Presidente: Paolo Giliberti

Moderatori: Pasquale Femiano, Felice Nunziata

Qual è il confine tra fisiologia e patologia?
Valeria Verrastro

... e se fosse cefalea?
Massimiliano Valeriani

... e se fosse depressione?
Stefania Millepiedi

... e se funzionasse lo yoga?
Antonietta Rozzi

...e se dipendesse dalla Famiglia
Raffaele Arigliani

Discussant: Antonino Puerto

20.30 - Cena sociale

----- **Venerdì 14 Settembre** -----

08.30 - 09.30 - Comunicazioni orali

Presidente: Bruno Nobili

Moderatori: Fulvio Esposito, Roberto Liguori

Apertura del seggio elettorale (dalle ore 10.00 alle ore 15.00)
per il rinnovo delle cariche del Direttivo SIPPS (anno 2012 - 2016)

09.30 - 11.30 - "Infezioni ricorrenti e immunomodulatori in Pediatria"

Presidente: Mario La Rosa

Moderatori: Alessandro Fiocchi, Nicola Mansi

IRR: epidemiologia e diagnosi
Michele Fiore

Il punto di vista dell'ORL
Renato Gaini

Infezioni delle vie urinarie ricorrenti
Vassilos Fanos

Immunomodulatori e meccanismo di azione
Gian Luigi Marseglia

Immunomodulatori: dalle evidenze alla clinica
Fabio Cardinale

Discussant: Lorenzo Marinello

11.30 - 12.00 - A che punto è il progetto "MiVoglioBene"

Sergio Bernasconi, Paolo Brambilla, Guido Brusoni

12.00 - 13.30 - "Vaccinazioni"

Presidente: Nicola Principi

Moderatori: Gianni Bona, Antonio Correrà

La Vaccinazione Anti-Rotavirus
Susanna Esposito

Come sconfiggere la pertosse
Alberto Villani

Oltre il Meningococco C
Chiara Azzari

La vaccinazione contro l'HPV nei maschi
Gian Vincenzo Zuccotti

Discussant: Antonio Palma

13.30 - Colazione di lavoro

14.30 - 16.30 - "Il bambino e la rete"

Presidente: Giorgio Rondini

Moderatori: Domenico Minasi, Salvatore Vendemmia

Lo scenario della rete e dei social network per il mondo
dei bambini e degli adolescenti
Ernesto Caffo

Bambini, adolescenti e Web. Opportunità e rischi
Giuseppe Saggese

Non c'è apprendimento se non c'è divertimento,
la computer game therapy
Antonio Conforti

L'iPod nelle mani di un bambino: luci ed ombre
Leo Venturelli

Discussant: Giuseppe Varrasi

16.30 - Sessione Interattiva

Caro Onorevole ti comunico che...

Problematiche gestionali da varie realtà sanitarie pediatriche

Moderatori: Italo Farnetani, Antonio Limongelli

Antonio Campa - Ospedale Santobono, Napoli
Giulio Liberatore - Ospedale Piedimonte Matese
Giuseppe Parisi - Ospedale A. Rizzoli, Ischia
Fulvio Turrà - Pediatra di famiglia, Napoli

18.30 - Assemblea dei Soci e Proclamazione degli eletti del nuovo Consiglio Direttivo

----- **Sabato 15 Settembre** -----

08.30 - 09.30 - Comunicazioni orali

Presidente: Generoso Andria

Moderatori: Vito Console, Francesco Pullano

09.30 - 13.30 - Sessione Interattiva

Pediatria Preventiva e Sociale

Presidente: Francesco Paravati

Moderatori: Luciano Pinto, Antonio Vitale

Prevenzione del maltrattamento
Pietro Ferrara

Gli specializzandi suggeriscono: report dei questionari
distribuiti nel corso del progetto SIPPS/Università
Dora Di Mauro, Pietro Falco

Il pediatra ecologista
Guido Brusoni

Bambino, alcool e gioco d'azzardo
Alberto Ferrando

Il Sessione Interattiva

Presidente: Giacomo Biasucci

Moderatori: Maria Teresa Carbone, Maria Immacolata Spagnuolo

La prevenzione dell'obesità fin dalla gravidanza
Leandra Silvestro

Nuove soluzioni terapeutiche nella prevenzione della sindrome
influenzale in età pediatrica
Antonello Arrighi

Monitoraggio degli Eventi avversi in Pediatria (Progetto MEAP)
Francesco Rossi

Una nuova emergenza: l'ingestione delle pile a disco
Pasquale Di Pietro

13.30 - 14.30 - Verifica di apprendimento mediante questionario E.C.M.

----- Informazioni Generali -----

Sede del Congresso

Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli - Viale Carlo III - 81100 Caserta

Come raggiungere la sede

La sede congressuale dista circa 5 minuti dall'Uscita Caserta Sud delle autostrade A1 e A30; 5 minuti dalla Stazione FS; 15 minuti dall'Aeroporto di Napoli e dal Centro Direzionale; 20 minuti dal porto e dal centro storico di Napoli.

Periodo

12 - 15 Settembre 2012

Quota di Iscrizione

SOCI SIPPS entro il 05/09/2012	€ 350,00 + IVA 21%
NON SOCI SIPPS entro il 05/09/2012	€ 400,00 + IVA 21%
SPECIALIZZANDI** entro il 05/09/2012	Gratuita
FARMACISTI, INFERMIERI, INFERMIERI PEDIATRICI, OSTETRICA/O entro il 05/09/2012	€ 100,00 + IVA 21%

Dopo tale data sarà possibile iscriversi in sede congressuale

** E' obbligatorio allegare il certificato di iscrizione alla scuola di specializzazione

La quota dà diritto a:

- Partecipazione ai lavori congressuali
- Kit congressuale
- Attestato di partecipazione
- Attestato E.C.M.* (21 Crediti Formativi)
- 2 colazioni di lavoro (13 - 14 settembre)
- Angolo ristoro
- Cena di benvenuto (12 Settembre)
- Cena sociale (13 Settembre)
- Atti del Convegno

* Gli attestati riportanti i crediti E.C.M., dopo attenta verifica della partecipazione e dell'apprendimento, saranno disponibili on-line 45 giorni dopo la chiusura dell'evento previa attribuzione da parte del Ministero della Salute dei Crediti Formativi. Il partecipante potrà ottenere l'attestato con i crediti conseguiti collegandosi al sito internet www.ideacpa.com e seguendo le semplici procedure ivi indicate.

La quota Infermieri, Infermieri Pediatrici, Specializzandi, Farmacisti e Ostetrici dà diritto a:

- Partecipazione ai lavori congressuali
- Kit congressuale
- Attestato di partecipazione
- Attestato E.C.M. (esclusi gli Specializzandi - 21 Crediti Formativi)
- 2 colazioni di lavoro (13 - 14 settembre)
- Angolo caffè
- Atti del Convegno

Quota Accompagnatore entro il 05/09/2012

€ 200,00 + IVA 21%

Dopo tale data sarà possibile iscriversi in sede congressuale

La quota dà diritto a:

- 2 Colazioni di lavoro (13 - 14 Settembre)
- Cena di Benvenuto
- Cena Sociale
- Angolo caffè
- 2 visite guidate di Caserta e dintorni

Durante il Congresso si svolgeranno le elezioni per il rinnovo di tutto il Consiglio Direttivo Nazionale

Modalità di Pagamento

Bonifico Bancario alla BCC Filiale di Impruneta IBAN: IT91V085913790000000011977 SWIFT BIC: ICRAIT3FGF0 intestato a iDea congress S.r.l. (specificare la causale del versamento). Assegno Bancario non trasferibile intestato a iDea congress S.r.l. da spedire in Via della Farnesina, 224 - 00135 Roma

Annullamento per l'iscrizione

In caso di annullamento è previsto un rimborso del: - 50% dell'intero importo per cancellazioni pervenute entro 25/07/2012
- Nessun rimborso per cancellazioni pervenute dopo tale data. La mancanza del saldo non darà diritto ad alcuna iscrizione

Quotazione pacchetto 3 notti (dal 12 al 15 Settembre 2012) in hotel 4**** a camera in pernottamento e prima colazione

Spese di prenotazione alberghiera € 22,00 per camera

€ 400,00

Si comunica che nel caso in cui venga richiesto il pagamento della City tax questo dovrà essere effettuato direttamente dal cliente in hotel al momento del check-out

Prima di procedere al pagamento attendere riconferma della prenotazione e del costo dei pernottamenti da parte della Segreteria Organizzativa.

Modalità di Pagamento

Bonifico Bancario alla BNL - Ag.16 Roma - IBAN IT14 D010 0503 2160 0000 0019 069 - SWIFT BIC: BNLITRR intestato a CpA S.r.l. (specificare la causale del versamento) o Assegno Bancario non trasferibile intestato a CpA S.r.l. da spedire in Via della Farnesina, 224 - 00135 Roma

Annullamento per la prenotazione alberghiera

In caso di annullamento è previsto un rimborso del: - 50% dell'intero importo per cancellazioni pervenute entro il 25/07/2012
- Nessun rimborso per cancellazioni pervenute dopo tale data - La mancanza del saldo non darà diritto ad alcuna prenotazione alberghiera

www.ideacpa.com/2012/sipps



del Piedibus, colui che lo tiene vivo, che chiede ai bambini di ricordare ai compagni assenti il prossimo Piedibus.

Responsabilità. Va comunicato chiaramente che ciascun genitore resta responsabile di proprio figlio e che l'autista guida soltanto il gruppo di bambini lungo il tragitto. Gli autisti devono essere "scaricati" della responsabilità in caso di incidente: nessun genitore è disposto ad affrontare il risarcimento assicurativo altrui. È possibile fare ciò, se si suppone che il Piedibus si fondi sul rapporto di fiducia dei genitori. L'autista accompagnatore non è responsabile dei figli altrui e questo è scritto esplicitamente nel comunicato che perviene a tutti i genitori qualche giorno prima del Piedibus. Se un genitore teme che il proprio figlio possa farsi male, non manda il proprio figlio o prende parte pure lui al Piedibus. Comunque la scuola dovrebbe avere un contratto assicurativo che copre gli alunni lungo il tragitto casa scuola, indipendentemente dal Piedibus.

Coordinatore. È importante che un genitore coordini tutti gli autisti, sappia come vanno le linee e tenga il contatto con la scuola e col dirigente scolastico.

Insegnanti. Gli insegnanti ricordano agli alunni che il giorno successivo ci sarà il Piedibus. Attività didattiche sui percorsi sicuri rafforzano ulteriormente il Piedibus.

Comunicazione. Informare i vigili di quartiere e i volontari del traffico dell'iniziativa, dei tempi e dell'organizzazione. Due giorni prima, predisporre le locandine delle fermate lungo ciascun percorso. Tramite la scuola, informare una settimana prima, con un comunicato, tutti i bambini e tutti i genitori. Tale comunica-

to va spiegato agli alunni dagli insegnanti e indica ai genitori le linee del Piedibus, gli orari di passaggio, il nome, cognome e telefono degli autisti, il soggetto organizzatore. È utile includere una mappa dei percorsi e un tesserino. Non tralasciare mai il passaparola tra genitori per comunicare del Piedibus.

Verifica. Il gruppo organizzatore, sentito il parere dei bambini e dei genitori, effettua una verifica a tavolino dopo i primi Piedibus e ne rettifica i punti deboli.

Mantenere vivo il Piedibus. Ogni anno il Piedibus va stimolato, ad esempio una comunicazione tramite la scuola permette di individuare nuovi autisti. Attività collaterali quali una festa in strada, una canzone, un bicibus, un Piedibus in maschera a carnevale, un caffè per gli autisti al termine di un Piedibus, un concorso di disegno, la patente del buon pedone, ecc. rafforzano il Piedibus stesso, lo arricchiscono di significato e creano gruppo tra genitori con il conseguente aumento della fiducia reciproca.

Conclusioni

Questa esperienza è nata 5 anni fa in un quartiere periferico di Bergamo unitamente ad un movimento per ottenere strade più sicure per gli utenti deboli della strada. Essa è un esempio di come il problema della qualità della vita nelle periferie debba essere affrontato non solo con opere pubbliche, ma anche con concrete azioni educative volte a promuovere nuovi modi di vivere, poiché le resistenze a cambiare abitudini sono molto forti. In una migliore qualità della vita c'è tanta parte di promozione della salute e forse tanta vera attività di prevenzione primaria di malattie, un'attività di prevenzione che non aumenta le spese sanitarie per esami diagnostici. C'è anche molta volontà e consapevolezza che si possono risolvere problemi complessi come la mobilità solo con uno sforzo congiunto e collettivo, e che nessuno riesce a risolvere un problema di questa natura per conto suo. Anche gli

studi medici, in particolare lo studio pediatrico del quartiere, sono stati coinvolti per esporre l'iniziativa, farne pubblicità e invogliare i genitori dei bambini assistiti a partecipare a iniziative rivolte al benessere dell'infanzia. Nell'ultimo decennio la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF raccomandano per l'infanzia un ambiente con piste ciclabili, con trasporti pubblici efficaci, una mobilità sicura, una riduzione della sedentarietà, un diritto al gioco all'aria aperta incontrando i propri coetanei per sperimentare fin da piccoli le regole dello stare assieme. Questi suggerimenti non sono un programma politico di una parte, ma sono indicazioni per migliorare le condizioni di salute delle persone che saranno gli adulti di domani. Nei diversi paesi europei che hanno iniziato prima di noi la promozione di una mobilità sicura, si stanno compiendo studi per quantificare i benefici di questi cambiamenti di comportamento sulla salute dei bambini a breve e medio periodo. Alcuni articoli scientifici su questo tema sono comparsi su importanti riviste mediche. Le ricadute di una visione della città dalla parte dei più piccoli o se vogliamo dei cittadini di domani sono tante e non tutte ancora conosciute. La percezione è quella di partecipare ad un ciclo virtuoso dove la modifica di un comportamento può portare con coerenza ad una vera trasformazione perché dopo tutto viviamo in un ambiente che i bambini ci hanno prestato.

Bibliografia essenziale

- British Medical Association. Road transport and Health. Recommendations 1997. www.bma.org.uk
- Living streets manifesto. www.livingstreets.org.uk
- Associazione per la città possibile. Torino. www.cittapossibiletorino.org
- Carta di Aalborg delle città europee per un modello urbano sostenibile. 1994.
- Leslie M Alexander, Jo Inchley, Joanna Todd et al. The broader impact of walking to school among adolescents: seven day accelerometry based study. *BMJ* 2005; 331: 1061-2.
- WHO. A 5 Year WHO strategy for Road Traffic Injury Prevention. Geneva 2002.
- WHO. Transport environment and health 2000.



La malattia infiammatoria pelvica: conoscerla per prevenirla

Valentina Bonifacci¹, Doriana Lacorte¹, Sara Bertelli², Paola Gallo², Cristina Host³, Monica Sprocati³

¹*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Ferrara,*

²*Medico in frequenza volontaria presso la Clinica Pediatrica dell'A.O. Arcispedale "S. Anna", Ferrara*

³*Divisione di Pediatria, dell'A.O. Arcispedale "S. Anna", Ferrara*

Parole chiave:

malattia infiammatoria pelvica, adolescente, dolore addominale

Key words:

pelvic inflammatory disease, adolescent, abdominal pain

Riassunto:

La malattia infiammatoria pelvica (MIP) comprende un ampio spettro di disordini infiammatori del tratto genitale superiore come endometrite, salpingite, ascesso tubo-ovarico e pelvi-peritonite. La MIP in forma acuta è di difficile diagnosi per l'ampia variabilità dei sintomi e segni. L'origine "ginecologica" del dolore addominale deve essere sempre ipotizzata nelle ragazze adolescenti. Importante è la prevenzione dei comportamenti a rischio, spesso di difficile gestione per i sanitari. Viene riportato il caso di una adolescente di 15 anni con malattia infiammatoria pelvica.

Abstract:

Pelvic inflammatory disease (PID) comprises a spectrum of inflammatory disorders of the upper genital tract, including any combination of endometritis, salpingitis, tubo-ovarian abscess, and pelvic peritonitis. Acute PID is difficult to diagnose because of the wide variation in the symptoms and signs. The gynecological origin should always be assumed in adolescent girls presenting with abdominal pain. Important is the prevention of risky behavior, often difficult to manage for the health. A brief overview is given, as well as a presentation of a 15 years old adolescent girl with a pelvic inflammatory disease.

Caso Clinico

Esmeralda, ragazza di 15 anni, giunge nell'ambulatorio di accettazione pediatrica per addominalgia e metrorragia. Menarca a 11 anni. Da circa 2 mesi presenta cicli iperpolimenorroidici. Comparsa di mestruazioni circa 20 giorni prima, seguite da spotting post-mestruale e ricomparsa di nuova mestruazione il giorno precedente l'accesso in pronto soccorso. La paziente è sessualmente attiva e riferisce di aver avuto numerosi rapporti non protetti. Circa una settimana prima, in occasione di un dolore addominale transitorio, aveva eseguito un'ecografia pelvica risultata nella norma. Alla visita la paziente appare sofferente, apiretica. Si apprezza resistenza della parete addominale. L'addome è dolente alla palpazione profonda in tutti i quadranti, in particolare in epigastrio e nelle fosse iliache soprattutto in quella di destra. La restante obiettività è nella norma. Dopo la valutazione chirurgica pediatrica, dalla quale non emergono indicazioni chirurgiche urgenti, ricoveriamo la ragazza per osservazione clinica ed accertamenti. L'ecografia addominale non evidenzia alterazioni patologiche a carico degli organi ipocondriaci, dell'apparato intestinale e di quello urinario. Alla visita ginecologica non emergono dati clinici significativi. All'ecografia pelvica viene descritta una rima endometriale disomogenea e una piccola falda fluida nel Douglas (2.9 cm). Gli esami ematochimici documentano anemia microcitica, leucocitosi neutrofila ed aumento degli indici di flogosi (GB 9.190/mm³; N 6.680/mm³, L 1.500/mm³, M 800/mm³, GR 4.320.000/mm³, Hb 9 g/dl, MCV 73 fl, PLTs 322.000/mm³; PCR: 10.1 mg/dl). Stix urine: leucociti 2 +. Gli elettroliti, la funzionalità renale ed epatica sono nella norma. HCG <1 mUI/ml. Si intraprende terapia antibiotica empirica endovena con ceftriaxone. Il giorno seguente, l'ecografia pelvica trans-addominale documenta la presenza di una formazione disomogenea a carico dell'annessò di destra riferibile ad ascesso tubo-ovarico. Poniamo diagnosi di malattia infiammatoria pelvica (MIP) ed associamo all'antibiotico in corso azitromicina endovena. Spieghiamo ad Esmeralda, insofferente per il ricovero, la necessità di una prolungata terapia antibiotica per ottenere la guarigione dell'infezione e l'importanza dei controlli clinici e strumentali per individuare precocemente possibili complicanze. La paziente non sembra comprendere quanto le viene spiegato. Durante il ricovero, infatti, manifesta più volte anche in modo veemente il desiderio di andarsene, tanto da richiedere da parte nostra ripetute spiegazioni sulla malattia e sulle sue possibili conseguenze. Dal punto di vista clinico le condizioni generali di Esmeralda migliorano con regressione del dolore addominale e riduzione degli indici di flogosi. I tamponi endocervicali risultano positivi per *Ureaplasma urealyticum* e per *Candida albicans*. Dopo sette giorni di terapia endovenosa la ragazza viene dimessa in buone condizioni generali. Al domicilio si prescrive terapia antibiotica orale con cefixima per una settimana. La valutazione ginecologica e l'ecografia pelvica trans-vaginale di controllo, eseguite dopo un mese, risultano nella norma. È stata posta l'indicazione ad eseguire accertamenti al partner.

Discussione

La malattia infiammatoria pelvica è relativamente frequente tra le donne sessualmente attive e ha quindi un elevato impatto sociale considerando la difficoltà di prevenzione, diagnosi, trattamento e sorveglianza (1). È una sindrome determinata dall'ascesa di microrganismi dalla vagina e dall'endocervice verso l'endometrio, le tube di Falloppio e le strutture adiacenti con sviluppo di un ampio spettro di infezioni del tratto genitale superiore che include endometriti, salpingiti, piosalpingiti, ascesso tubo-ovarico e pelvipertonite (2,3). L'adolescenza rappresenta un'età a rischio, infatti nel 33% dei casi sono interessate ragazze adolescenti e nel 70% di tutti i casi sono coinvolte ragazze di età inferiore ai 25 anni (3). L'aumentato rischio di sviluppare infezioni ascendenti dell'apparato genitale in età adolescenziale è legato a particolari caratteristiche quali la più alta penetrabilità del muco cervicale, la minor concentrazione di IgA secretorie a livello cervicale e la presenza di vaste aree di ectopia cervicale. Inoltre, la precocità del primo rapporto sessuale, l'elevato numero di partner in brevi periodi di tempo, lo scarso utilizzo di metodi contraccettivi di barriera e altri comportamenti a rischio, come assunzione di alcool e droghe, facilitano l'acquisizione di infezioni cervico-vaginali (4). I microrganismi più comunemente implicati sono la *Chlamydia trachomatis* e la *Neisseria gonorrhoeae*; tuttavia altri microrganismi presenti nella flora vaginale (anaerobi, enterobatteri, ureoplasma, micobatteri) possono essere associati a casi di MIP (5). La diagnosi clinica può essere difficile dato l'ampio spettro di segni e sintomi con cui si manifesta la malattia. L'utero, la cervice e gli annessi ricevono, infatti, la stessa innervazione viscerale dell'ileo terminale, del sigma e del retto e la distinzione tra dolore di origine ginecologico e dolore di origine gastrointestinale può risultare complessa. Le gravi conseguenze legate alla cronicizzazione del processo flogistico, che talora arrivano a compromettere la capacità riproduttiva della donna, giustificano un approccio terapeutico empirico non

appena una diagnosi clinica venga supposta. Recenti linee guida della CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2) suggeriscono l'inizio della terapia empirica in tutte le giovani donne sessualmente attive o in donne con fattori di rischio per malattie sessualmente trasmissibili che presentino dolore all'addome inferiore o pelvico, quando non sia stata identificata una causa diversa e quando sia presente all'esame clinico almeno uno dei seguenti "criteri minimi": tumefazione addomino-pelvica, tumefazione annessiale e tumefazione mobile cervicale. La specificità di tali criteri aumenta in presenza di uno o più dei seguenti fattori: temperatura cutanea $>38,5^{\circ}\text{C}$, perdite vaginali/cervicali anomale, numero elevato di leucociti nelle secrezioni vaginali, VES e/o proteina C elevate, esame colturale cervicale positivo per *Chlamydia* o *Neisseria* (2). La diagnosi è certa se l'esame istologico della biopsia dell'endometrio documenta un'endometrite, se all'ecografia sono presenti falde liquide e/o ascessi tubo-ovarici o se ci sono segni di MIP alla laparoscopia. La terapia medica si avvale di molteplici schemi di terapia antibiotica con efficacia comparabile tra trattamento domiciliare o ospedaliero in regime di ricovero (2). Il ricovero è invece indicato quando ci si trova di fronte ad una donna in gravidanza, quando l'emergenza chirurgica non può essere esclusa, in mancanza di risposta o intolleranza alla terapia orale, in presenza di una malattia clinicamente severa o di ascesso tubo-ovarico. È necessario che tutti i regimi chemioterapici siano efficaci verso *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* in quanto una coltura endocervicale negativa non ne esclude un'infezione attiva del tratto riproduttivo superiore. Laddove si renda necessaria una terapia parenterale, il passaggio alla terapia orale può avvenire dopo 24 ore dal miglioramento delle condizioni cliniche. La durata complessiva del trattamento deve essere almeno di 14 giorni. Nel caso in cui sia stata documentata un'infezione da *Neisseria g.* o da *Clamydia t.*, dato l'alto rischio di reinfezione, il follow-up andrebbe eseguito per almeno 3-6 mesi. I partner di donne affette da MIP, anche se asintomatici, dovrebbero

essere valutati e trattati se hanno avuto un rapporto sessuale durante i 60 giorni precedenti la comparsa dei sintomi nella donna. È necessaria inoltre l'astensione dai rapporti sessuali fino al termine della terapia e fino a quando le pazienti e i loro partners diventano asintomatici (2). Il dolore addominale è una causa frequente di accesso in pronto soccorso e a volte rappresenta un vero e proprio dilemma diagnostico. Oltre all'anamnesi e all'esame clinico, per un corretto inquadramento, è fondamentale considerare l'età della paziente. Nelle ragazze adolescenti la possibile origine "ginecologica" deve essere sempre ipotizzata. La MIP interessa tipicamente ragazze giovani; il mancato trattamento precoce dovuto ad un ritardo diagnostico può comportare dolore cronico e conseguenze severe sulla capacità riproduttiva. La MIP infatti si associa a sterilità nell'11% dei casi, con variabilità dal 6% al 30% per forme lievi e gravi rispettivamente; il rischio di gravidanze ectopiche è 7-10 volte maggiore nelle donne con storia di MIP e dipende dalla gravità della stessa (6). Per tali ragioni si comprende l'importanza di sensibilizzare l'adolescente alla prevenzione dei comportamenti a rischio. Qualora sia posta la diagnosi di MIP, grande responsabilità del medico è rendere consapevole la giovane paziente dell'entità della malattia e delle sue possibili conseguenze a lungo termine.

Bibliografia

1. Grazioli L, Olivetti L, Ranza A. Malattia infiammatoria pelvica: clinica e imaging. In Grazioli L, Olivetti L, eds: Diagnostica per immagini dell'apparato urogenitale. Italia: Springer-Verlag Milano; 2008, p. 347.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep. 2010 Dec; 17: p.63-7.
3. Judlin PG, Thiebaugeorges O. Pelvic inflammatory diseases. Gynecol Obstet Fertil 2009 Feb; 37(2): 172-82.
4. Peipert JF, Ness RB, Blume J et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 856-63.
5. Ness RB, Kip KE, Hillier SL et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol 2005; 162: 585-90.
6. Zanoio L, Barcellona E, Zacchè G. Malattia infiammatoria pelvica. In Zanoio L, Barcellona E, Zacchè G, eds. Ginecologia e ostetricia. I ed. Italia: Elsevier; 2007, p. 223.

Cambia il Bambino e la sua Famiglia, cambia il Pediatra

Giuseppe Di Mauro

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

Lorenzo Mariniello

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

Francesco Di Mauro

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Il Università degli Studi di Napoli

I bambini e gli adolescenti di oggi sono diversi da quelli di 15/20 anni fa? Sicuramente sì in quanto è cambiato il contesto societario. Ma il Pediatra è cambiato? Per molti versi il Pediatra è cambiato e non vi è dubbio che qualcuno sia più avanti di altri in questo processo di rinnovamento. Ma è altrettanto vero che molti cambiamenti non coincidono con un radicale, indispensabile e indifferibile cambiamento del ruolo del Pediatra. Negli ultimi decenni la salute dei bambini è migliorata, le malattie si sono ridotte grazie anche alle vaccinazioni e ad una migliore assistenza sanitaria, mentre si è assistito alla comparsa di "nuove" malattie che una volta forse non emergevano in quanto sovrastate da altri problemi: disturbi psicologici, aumento di ansie e depressioni. La società è profondamente cambiata. La famiglia è diversa, con pochi figli, spesso figli unici, con aumento delle donne che lavorano che spesso si trovano ad affrontare da sole lavoro, famiglia e problemi mancando il vecchio supporto derivante dalla famiglia allargata, patriarcale. Sono aumentati divorzi e separazioni. I nonni sono spesso giovani e lavorano o anziani e bisognosi a loro volta di supporto. Il clima di incertezza e, in alcuni casi, la crisi di identità delle famiglie fanno emergere problematiche di altro genere. Si consideri poi il diffondere dell'uso delle droghe, dell'alcool e la riduzione dei tradizionali valori del passato: senso della famiglia, spiritualità, religione. La multimedialità sta trasformando profondamente le ultime generazioni. L'uso dei vecchi media (radio e televisione) si integra con quello dei nuovi (internet, pc, Ipad, Ipod, videofonino). Bisogna chiedersi come le nuove tecnologie stiano modificando il modo in cui bambini e adolescenti pensano, apprendono, parlano ed esprimono le loro emozioni. Quasi la metà dei minori passa fino a tre ore di fronte alla Tv e vede uno spot alimentare ogni 5 minuti riguardante alimenti ricchi di grassi, zucchero e sale. Spesso in famiglia bambini e adolescenti sono gli unici a sapersi destreggiare nella realtà virtuale di internet e spesso i genitori sottovalutano l'impatto che questi mezzi possono avere sui loro figli. Tra i 7 e gli 11 anni un bambino su tre "chatta" regolarmente su internet. Il 75% degli adolescenti naviga in rete da 1 a 4 ore al giorno, un 7% di giovanissimi naviga per oltre 4 ore al giorno. L'esplorazione del mondo virtuale

avviene per lo più in modo solitario e senza controlli. Il 14,8% cerca e scarica materiali proibiti/vietati. Il 17,3% degli adolescenti si innamora sulla rete. Vi è poi chi si spoglia sul web, senza dimenticare i possibili adescamenti, il bullismo, l'invio di messaggi e immagini a sfondo sessuale, la navigazione su siti che incitano all'odio, all'anoressia, al suicidio, al consumo di droghe. Molti genitori sono spesso ignari di tali rischi. Solo il 17% dei genitori con figli minorenni ha installato sistemi di protezione della navigazione in casa e gran parte di essi non sa neanche che esistono programmi per bloccare e monitorare l'accesso ai siti. Le cronache ci parlano sempre più spesso di "cyberprepotenti", cioè adolescenti che utilizzano telefonino o internet per compiere veri e propri atti di violenza psicologica nei confronti dei più deboli, escludendoli dalla realtà virtuale, diffondendo informazioni false o cattiverie o inviando sms, foto o video offensivi. Il computer e internet possono sicuramente, se usati in modo opportuno, favorire e incentivare forme di apprendimento, anche in ambito scolastico e possono allargare gli orizzonti personali con la creazione di comunità virtuali incentivando la cooperazione. Ma la dipendenza e il cattivo uso della Tv e di internet possono avere importanti implicazioni fisiche (tendenza all'obesità, massa muscolare ridotta, debolezza e impaccio nei movimenti), psicologiche (ansia e angoscia legati all'astinenza) e relazionali



**Negli ultimi decenni
la salute dei bambini
è migliorata**

**Le malattie si sono ridotte grazie
anche alle vaccinazioni e ad una
migliore assistenza sanitaria**

Si è assistito, invece, alla comparsa di "nuove malattie" che una volta, forse non emergevano in quanto sovrastate da altri problemi:

Disturbi psicologici - Aumento di ansie e depressioni

(scarsa verbalizzazione, diminuita capacità di comunicare e di creare legami, isolamento, calo nel rendimento scolastico). Oggi nel nostro paese il traguardo del miglioramento della salute fisica è stato raggiunto. Ma le stesse condizioni socio-economiche che hanno agito positivamente sulla salute fisica, possono incrementare i pericoli per la salute psichica, intellettuale e morale dei bambini. Il principale "cliente" del pediatra moderno è diventato il bambino "fisicamente sano", ma in potenziale pericolo per gli altri tipi di salute. Oggi non è sufficiente parlare di buona salute del bambino solo perché c'è assenza di malattia fisica. La buona salute è la somma di molte componenti. C'è infatti una salute psichica, una salute morale, una salute intellettuale, una salute ambientale, una salute familiare, una salute scolastica, una salute sportiva, una salute comunicativa, che nel loro insieme influenzano il benessere e la qualità della vita del bambino. In tale contesto la cultura del pediatra deve modificarsi. Il Pediatra oggi deve essere in grado culturalmente e professionalmente di affrontare i nuovi problemi dell'infanzia. Deve occuparsi della qualità della vita del bambino, del suo benessere che significa salute fisica, ma anche salute psichica. Occorre definire un vero e proprio "riposizionamento" del Pediatra, un "nuovo ruolo" che non sia esclusivamente caratterizzato dalla prevenzione e dalla cura delle malattie ma che sia rivolto alla volontà e alla capacità di intercettare i segni e i sintomi di quel disagio psico-sociale che può evolvere verso forme di devianza, sofferenza e inadeguatezza sociale. La pediatria attuale deve interpretare un nuovo ruolo che è quello della "advocacy" che possiamo tradurre in "tutela globale del bambino e della famiglia". Ma il Pediatra di oggi è preparato ad affrontare questo nuovo modo di intendere la salute del bambino? Vi sono dubbi concreti in proposito in quanto gran parte dei Pediatri attualmente non ha una cultura del "bambino fisicamente sano". Si percepisce fortemente l'esigenza di un'evoluzione culturale, per cui occorre incentivare gli sforzi per creare una figura professionale in grado di prevenire quelle situazioni che, se trascurate, possono provocare squilibri psichici, intellettuali e morali, e possono sfociare nel disagio adolescenziale. Nella pratica pediatrica quotidiana, ci si accorge sempre più di quanto siano divenuti importanti le difficoltà di apprendimento, i disturbi del comportamento, tra cui autismo e forme simili e deficit dell'attenzione con iperattività, i disturbi d'ansia e dell'umore e vari disturbi rilevabili in ambito scolastico, quali i disturbi della lettura, della scrittura e del calcolo. Allarmante è l'aumento di suicidi e omicidi in età adolescenziale, le violenze in ambito familiare e nella società, la diffusione del consumo di fumo, alcool e droghe e dell'AIDS tra gli adolescenti. Sempre più spesso, bambini o adolescenti hanno bisogno di aiuto per disturbi di adattamento o per uno stress post-traumatico, conseguente ad abuso fisico, emotivo o sessuale. Sovente sono vittime della povertà delle proprie famiglie o dell'incapacità dei loro genitori di salvaguardare la loro salute psico-fisica. I genitori vedono nel Pediatra la prima figura professionale in grado di rilevare e affronta-



La multimedialità sta trasformando profondamente le ultime generazioni

L'uso dei vecchi media (radio e televisione) si integra con quello dei nuovi (internet, pc, ipad, ipod, videofonino)



La società è profondamente cambiata

La famiglia è diversa, con pochi figli, spesso figli unici



Con aumento delle donne che lavorano che spesso si trovano ad affrontare da sole lavoro, famiglia e problemi



Mancando il vecchio supporto derivante dalla famiglia allargata, patriarcale

re i problemi del bambino. Il Pediatra ad ogni visita dovrebbe valutare le tappe dello sviluppo raggiunte, studiare le dinamiche intra-familiari, indagare le preoccupazioni dei genitori. Il Pediatra deve saper aiutare e consigliare la famiglia e deve saper ascoltare i problemi dei singoli. L'ambulatorio del pediatra dovrebbe divenire il luogo ideale per una valutazione e una sorveglianza dello sviluppo neuro-psicomotorio, affettivo e comportamentale e per una precoce identificazione delle eventuali varianti patologiche. Il Pediatra dovrebbe così svolgere un ruolo di "normalizzatore" dei sintomi, essere in grado di ridimensionare i falsi problemi, e nei casi dubbi, proporre un'ulteriore consulenza specialistica. Il disagio giovanile affonda le sue radici in problemi psicologici che iniziano sin dai primissimi giorni di vita. Se si sbaglia nei primi mesi o anni di vita dal punto di vista psicologico, questi errori possono far sentire i loro effetti negativi nell'adolescenza creando il problema del disagio giovanile. Il Pediatra deve indagare e deve aiutare chi si occupa del bambino ad evitare tali errori. Anche un dialogo tra il mondo della scuola e la pediatria è fondamentale in quanto molti bambini, per necessità della famiglia (genitori che lavorano entrambi e non hanno alcun sostegno familiare) fin dai primi anni trascorrono la maggior parte del tempo in comunità. E molte problematiche e disagi sono inizialmente evidenziati proprio in ambiente scolastico. Il Pediatra, e in par-



In tale contesto la cultura del pediatra deve modificarsi

Il pediatra oggi deve essere in grado culturalmente e professionalmente di affrontare i nuovi problemi dell'infanzia

Deve occuparsi della qualità della vita del bambino, del suo benessere che significa salute fisica, ma anche salute psichica



ticolare il Pediatra di famiglia, per almeno 14 anni, che possono divenire anche 20 o più se vi sono più bambini, si trova a frequentare una famiglia. È quindi il medico che più di ogni altro ha l'opportunità di vedere, ascoltare, capire, individuare i comportamenti di una famiglia, sia positivi sia negativi, comportamenti che in ogni caso incidono sulle condizioni psichiche, morali, intellettuali, comportamentali e caratteriali dei bambini. Per cui è nelle condizioni di cogliere i primi eventuali segnali di allarme. L'importante è che li sappia cogliere! Molti ci riescono, specialmente quelli con maggiore esperienza pratica, in sostanza i più vecchi, o con una sensibilità individuale particolarmente attenta, ma sarebbe meglio, per il bene dei bambini, che tutti i Pediatri ci riuscissero, anche quelli all'inizio della loro attività. È quindi oggi improrogabile, nella formazione del Pediatra, dare maggiore importanza alla conoscenza dello sviluppo cognitivo, del rapporto genitore-bambino, della comunicazione, della psicologia, della bioetica, della medicina sportiva ecc. Il Pediatra è forse l'unica figura professionale che si trova in un punto di osservazione privilegiato per cogliere segnali di allarme individuali e collettivi sia sul piano emotivo sia sul piano ambientale. Ha la possibilità di integrare e verificare le informazioni ottenute dall'osservazione diretta del bambino "a rischio" con quelle ottenute da altre persone che si occupano del bambino (genitori, insegnanti, assistenti sociali, religiosi ecc.), e discutere con queste ultime le proprie conclusioni e le eventuali strategie di intervento. È quindi necessario "costruire" un Pediatra più motivato, più conscio delle molteplici valenze etiche della sua professionalità, capace di usare strumenti moderni di organizzazione e comunicazione in modo da diventare un nodo fondamentale nella rete di collaboratori/consulenti che si occupano dell'infanzia. Occorre formare un Pediatra moderno che sappia affrontare meglio tutti gli aspetti sociali, psicologici, morali, caratteriali dell'infanzia che possono divenire i prodromi del disagio che si proietta e si slantizza nell'adolescenza. Il Pediatra così formato, può efficacemente fare prevenzione! E quella prevenzione che ha fatto e fa per le malattie fisiche, oggi la potrebbe fare anche per le problematiche psicologiche che stanno alla base delle manifestazioni del disagio giovanile nelle età successive. Questo "nuovo" Pedia-

tra dovrebbe ampliare la visione della sua professione, in riferimento ad alcuni punti qualificanti, per esempio:

- Dovrebbe incentivare i suoi sforzi per costruire una genitorialità responsabile, fondamentale per assicurare al bambino condizioni ottimali di benessere e qualità della vita. A tal fine sono importanti gli incontri prima della gravidanza per infondere sicurezza e positività, e dopo il concepimento. Con la scomparsa della famiglia tradizionale e con i parenti stretti che spesso non abitano neppure nella stessa città i neogenitori si sentono insicuri e spesso non all'altezza del loro compito, per cui il preparare i neogenitori ad affrontare la crescita del bambino con equilibrio e tranquillità deve essere vista come una missione da parte del Pediatra. La prima visita di controllo andrebbe effettuata presso la loro abitazione in quanto è fondamentale rendersi conto della situazione ambientale in cui il bambino crescerà, del contesto e delle relazioni familiari, dell'ubicazione della casa, delle condizioni igieniche.
- Le necessità mediche dei bambini in situazioni di povertà e/o di disagio sono superiori rispetto a quelle dei coetanei in migliori condizioni socio-economiche. Un bambino in difficoltà è un paziente da visitare spesso. Il Pediatra potrebbe utilizzare l'occasione della visita domiciliare quale opportunità per conoscere meglio il contesto in cui vive il suo paziente. Dovrebbe abituarsi e soprattutto essere culturalmente attrezzato a valutare non solo il bambino, ma anche la famiglia, il contesto e l'ambiente.
- Molti genitori opprimono i loro figli con un eccesso di stimoli volendoli rendere più competitivi per poter affrontare il mondo con successo. Ma come non si deve costringere un bambino ad uno sforzo fisico non commisurato alle sue capacità, così non lo si deve sottoporre ad uno sforzo intellettuale superiore alle sue possibilità. L'eccesso di pressione a lungo andare si rivelerà controproducente. Il Pediatra deve fare prevenzione in tal senso facendo capire ai genitori che la cosa più corretta è assecondare il suo desiderio di imparare.
- Il Pediatra deve erudire e sensibilizzare i genitori sui rischi per la "salute" delle nuove tecnologie.
- La prevenzione non si basa sui divieti e sulle censure, ma soprattutto su una chiara informazione che va fornita ai ragazzi sui comportamenti da tenere con gli altri, di persona e attraverso internet. Tocca ai genitori indicare questa strada ma il Pediatra può stimolare, sensibilizzare ed istruire i genitori a fare ciò.
- Nella crescita e nel consolidamento del carattere e dell'individualità del bambino, ha un ruolo sostanziale l'acquisizione dei valori della cultura e della società in cui vive: il complesso di queste regole costituisce la "moralità". La salute morale è un tema impegnativo, legato alla cultura, alla religione, alle tradizioni familiari dei genitori, ai costumi locali ecc. Esistono però valori etici imprescindibili che i genitori avrebbero l'obbligo di trasmettere ai loro figli: il rispetto degli altri e di se stessi,

la tolleranza ideologica, l'onestà dei comportamenti, l'onestà intellettuale, la sincerità nei rapporti umani. Il Pediatra deve ricordare ai genitori che i bambini imparano per imitazione, per cui non è sufficiente dire le cose, ma bisogna assumere nel tempo comportamenti che possono essere visti e assorbiti in modo naturale. La salute morale del bambino non si costruisce in momenti ma in anni, non con le parole ma con esempi di vita quotidiana.

- Una famiglia serena con genitori responsabili è fondamentale per lo stato di salute psicologica del bambino. Basta pensare agli sconvolgimenti determinati sulla salute psicologica del bambino da eventi quali il disaccordo tra i genitori, il divorzio, l'adozione, le famiglie omosessuali, le famiglie monogenitoriali, le molestie sessuali. Il Pediatra deve essere preparato ad affrontare in modo ottimale tali situazioni in modo da mitigare i danni psicologici che queste possono determinare nel bambino.
- E ancora il Pediatra dovrebbe trovare spazio per comunicare adeguatamente con i genitori durante l'orario di attività ambulatoriale, in modo stabile e continuativo, per conoscere ed affrontare situazioni di difficoltà familiare.
- Dovrebbe istituzionalizzare il contatto con i colleghi medici di altre specialità e con figure professionali che operano nella comunità (scuola, servizi sociali, amministrazione locale, chiesa, polizia ecc).
- Dovrebbe acquisire la conoscenza delle responsabilità e delle norme che regolano l'attività dei singoli soggetti coinvolti a livelli differenti nell'assistenza/difesa dei bambini.
- Dovrebbe organizzare incontri di educazione sanitaria rivolta ai problemi pediatrici con la popolazione della zona.

Per concludere, permettetemi di esternare una mia personale riflessione. Mi sono sempre chiesto, in qualità di Pediatra e di Presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, quali fossero le nuove sfide che un Pediatra del terzo millennio dovesse affrontare per aiutare i bambini a crescere in una società globalizzata e in continua evoluzione. Per far questo ho cercato di immedesimarmi in un bambino, mi sono sforzato di pensare come lui, rubando anche ricordi alla mia infanzia, ma con una mente da adulto. Ecco, se fossi un bambino, ricorderei

La pediatria attuale deve interpretare un nuovo ruolo

“ADVOCACY”

Che possiamo tradurre in “tutela globale del bambino e della famiglia”



E' quindi necessario “costruire” un Pediatra più motivato, più conscio delle molteplici valenze etiche della sua professionalità



Capace di usare strumenti moderni di organizzazione e comunicazione in modo da diventare un nodo fondamentale nella rete di collaboratori/consulenti che si occupano dell'infanzia

Occorre formare un Pediatra moderno che sappia affrontare meglio tutti gli aspetti sociali, psicologici, morali, caratteriali dell'infanzia che possono divenire i prodromi del disagio che si proietta e si slatentizza nell'adolescenza



per prima cosa a tutti che non sono stato io a chiedere di mettermi al mondo, per cui chi lo ha deciso per me è giusto che se ne assuma tutta la responsabilità. Se fossi un bambino chiederei di spiegarmi perché nascere in posti diversi della terra significa vivere un'infanzia completamente diversa, a volte la più bella possibile, ma a volte la peggiore che si possa immaginare. Se fossi un bambino vorrei che fossero comprese, non solo logicamente ma anche emotivamente, le mie paure, i miei interrogativi e le mie emozioni. Vorrei che qualcuno capisse che a volte il mio vero o finto mal di pancia nasconde un forte disagio, è un modo per sfuggire a qualcosa che mi fa sentire male, ma è anche un modo per comunicare... questo mi aiuterebbe a crescere, mi aiuterebbe a vivere. Se fossi un bambino vorrei essere veramente ascoltato, vorrei che qualcuno tenesse conto delle cose che dico, anche se a bassa voce e balbettando. Perché i bambini spesso hanno paura di dire certe cose: se non sono incoraggiati finiscono per non dire, e noi non sapremo mai cosa pensano. E pensare che, a volte, basterebbe guardare i loro comportamenti per capirli e prevenire l'insorgere di gravi disagi.

Questa riflessione focalizza l'attenzione sul ruolo "allargato" che dovrà avere il Pediatra nel terzo millennio. Un punto di riferimento per i genitori nelle malattie acute e croniche, nelle vaccinazioni, nell'alimentazione, ma anche un «tutor» capace di considerare il bambino in quanto membro di una «societas» e capace di aiutarlo, insieme alla famiglia e alle istituzioni a diventare un «Uomo».

**Buona parte del futuro del mondo è nelle mani dei bambini di oggi
Gran parte del futuro di questi bambini è nelle nostre mani**

Minori fuori famiglia: analisi e criticità di un fenomeno importante

Vittorio Vezzetti

Pediatra ASL Varese, Responsabile Medico Scientifico Associazione Nazionale Familiari Italiani A.N.F.I.

Introduzione

Il 18 dicembre 2009 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato la risoluzione contenente le linee guida relative all'accoglienza dei minori fuori famiglia. Essa indica che il rapporto del minore con la sua famiglia è da preservare e tutelare al massimo del possibile impegnando gli Stati a provvedere con ogni mezzo sia per impedire che il fanciullo ne debba uscire sia per agevolare il rientro qualora sia già uscito. Qualora non risultino percorribili né la via del mantenimento della famiglia originaria né quella di un vero percorso adottivo, la risoluzione detta alcuni criteri generali ben precisi:

- che il minore sia tenuto in luoghi vicini alla sua residenza abituale;
- che si ponga attenzione a che il minore non sia oggetto di abuso o sfruttamento;

- che l'allontanamento si prospetti temporaneo e si cerchi di preparare il rientro in famiglia al più presto possibile;
- che il dato della povertà familiare non sia da solo sufficiente a giustificare l'allontanamento del minore;
- che motivi d'ordine religioso, politico ed economico non siano mai causa principale dell'invio di un minore fuori famiglia;
- che sia preferita, ove possibile, l'assegnazione ad un ambiente familiare rispetto all'istituto (soprattutto sotto i tre anni d'età).

La risoluzione distingue poi fra tre diverse tipologie d'affidamento:

1. quella informale (parenti o amici stretti di famiglia senza un provvedimento formale);
2. quella formale della famiglia parentale o affidataria (da scegliere attraverso apposito elenco da istituire e aggiornare);

3. quella formale dell'affidamento residenziale (comunità, istituti), da considerare come ultima chance.

Modalità di affidamento e tipologia utenti in Italia

Il fenomeno dei minori inviati fuori famiglia dall'Autorità Giudiziaria è in Italia oggetto di discussioni e confronti spesso aspri. Uno dei motivi è legato senz'altro alla difficoltà di reperire dati omogenei e confrontabili su cui avviare un'analisi costruttiva: enti locali e ISTAT forniscono spesso dati frammentari e non omogenei (quindi non paragonabili tra loro) e incompleti. L'Autore si riferisce in questo articolo principalmente alla fonte che reputa più precisa e autorevole: il report elaborato dall'Istituto degli Innocenti col patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero del Welfare nel 2009,

pubblicato nel 2011 e che fotografa la situazione al 31 dicembre 2008. Da allora non vi sono stati grandi cambiamenti tranne il fatto che l'affidamento familiare ha superato, di poco, quello residenziale. La tipologia degli utenti è, secondo il suddetto report, triplice: dobbiamo infatti distinguere fra minori italiani, minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (MSNA). Le modalità di affidamento per i minori fuori famiglia debbono essere distinte in

- **FAMILIARE**, che riguardava – al 31 dicembre 2008 – 15.200 minori così suddivisi:
 - 83,6% italiani,
 - 12,3% stranieri,
 - 4,1% MSNA;
- **RESIDENZIALE**, che riguardava - al 31 dicembre 2008 - 15.700 minori così suddivisi:
 - 67,6% italiani,
 - 15,8% stranieri,
 - 16,6% MSNA.

È da subito interessante segnalare che il tipo di affidamento dopo l'invio fuori famiglia è profondamente influenzato dalla nazionalità: gli italiani vengono avviati a un affidamento familiare nel 52,9% dei casi e a un affidamento residenziale nel restante 47,1%. Gli stranieri vengono av-

viati a un affidamento familiare nel 33% e a un affidamento residenziale nel 67% dei casi. I MSNA vengono affidati a un affidamento familiare nel 20% e a un affidamento residenziale nell'80% dei casi. È peraltro importante rilevare che nel 2007 solo il 6,5% dei minori MSNA erano stati destinati a un affidamento familiare, indicando ciò un notevole progresso nella gestione di questa categoria di minori spesso problematica. Di rilievo risulta, ai fini dell'affidamento residenziale, il sesso del minore: il 60% dei minori avviati alle comunità sono maschi e solo il 40% sono femmine. Non vi sono differenze significative per gli affidi familiari (52% sono maschi e 48% femmine). L'età è importante per definire il tipo di affidamento (vedi tabella 1): la prevalenza dell'affidamento a comunità è dovuto nella fascia 0-2 anni alla presenza di istituti deputati ad accogliere la madre col bambino (il Ministero del Welfare ammette che non vi è un solo posto istituzionale in tutta Italia deputato all'accoglimento del padre col bambino), mentre nella fascia 15-17 anni dipende dalla difficile attuabilità di un collocamento di minori MSNA così grandi in famiglie terze (sia per il rischio oggettivo di fuga sia per la scarsa disponibilità di famiglie).

Analisi della situazione italiana e paragoni con l'Europa

In Europa il tasso (calcolato per 1000 minori) di bambini e ragazzi inviati fuori famiglia varia molto da Paese a Paese: in Bulgaria è 5,7, in Romania è 17,1 (in queste nazioni notevole è l'influenza dell'etnia Rom), in Francia dell'8, in Spagna del 4,9, in Gran Bretagna del 5,9, in Germania dell'8,5, in Lituania del 15,3, in Ungheria del 9,8, in Svezia dell'8,1.

In Italia siamo molto al di sotto di questi valori: la media nazionale (pur con grandi differenze tra Regione e Regione) è di 3 su mille minori residenti. Peraltro in Italia si varia da un tasso di 5,2/1000 minori proprio della Liguria e di 3,9 tipico del Trentino a un 2 proprio del Veneto. La probabilità che tale differenza dai parametri veneti sia casuale è inferiore a 0,05 per la Provincia di Trento e a 0,01 per la Regione Liguria (in pratica, considerando anche il fatto che in Veneto vi sono percentualmente molti più extracomunitari – 9,3% – che in Liguria – 6,5% – e Trentino – 8,2% –, parrebbe che la differenza sia ascrivibi-

Tabella 1. Minori fuori famiglia secondo età, genere, cittadinanza (Fonte: Istituto degli Innocenti)

	Minori fuori famiglia		totale
	% in affidamento	% nei servizi residenziali	
Classe di età			
0-2 anni	43,2	56,8	100,0
3-5 anni	62,8	37,2	100,0
6-10 anni	64,5	35,5	100,0
11-14 anni	58,4	41,6	100,0
15-17 anni	43,6	56,4	100,0
Genere			
maschio	51,4	48,6	100,0
femmina	59,8	40,2	100,0
Cittadinanza			
italiani	52,9	47,1	100,0
stranieri	36,6	63,4	100,0
stranieri non accompagnati	21,5	78,5	100,0

Tabella 2. Minori in affidamento familiare e residenziale suddivisi per Regione (Fonte: Istituto degli Innocenti)

Regioni e Province autonome	Bambini e adolescenti in affidamento familiare	Bambini e adolescenti accolti nei servizi residenziali	Totale	Bambini e adolescenti fuori famiglia per 1.000 residenti di 0-17 anni	Bambini in affidamento familiare ogni bambino accolto nei servizi residenziali
Piemonte	1.643	841	2.484	3,7	2,0
Valle d'Aosta	44	14	58	2,8	3,1
Lombardia	2.238	1.450	3.688	2,3	1,5
Provincia Bolzano	184	143	327	3,3	1,3
Provincia Trento	98	270	368	3,9	0,4
Veneto	823	844	1.667	2,0	1,0
Friuli-Venezia Giulia	138	428(a)	566	3,1	0,3
Liguria	633	522(b)	1.155	5,2	1,2
Emilia-Romagna	1.227	1.084(b)	2.311	3,5	1,2
Toscana	1.319	685	2.004	3,6	1,9
Marche	304	565	869	3,5	0,5
Umbria	192	242	434	3,2	0,8
Lazio(c)	1.252	1.987	3.239	3,4	0,6
Abruzzo	250(d)	392	642	3,0	0,6
Molise	29	58	87	1,7	0,5
Campania(e)	1.090	1.660	2.750	2,3	0,7
Puglia	1.409	1.400(f)	2.809	3,7	0,7
Basilicata	66	179	245	2,4	0,4
Calabria(g)	450	570	1.020	2,8	0,8
Sicilia	1.364	1.700(h)	3.064	3,2	0,8
Sardegna(i)	450	420	870	3,4	1,1
Italia	15.200	15.500	30.700	3,0	1,0

(a) I minori stranieri non accompagnati, qui conteggiati, risultano 263; sono ospitati in enti di formazione con servizi alberghieri; (b) Dato al 31/12/2007; (c) Dati al 31/12/2009; (d) Dati stimati applicando l'incremento medio annuo nazionale nel periodo 2005-2007 ai 199 casi di affidamento familiare riferiti al 31/12/2005; (e) Dati stimati sulla base dei 981 affidamenti riferiti al 90% degli ambiti territoriali e sui 1.163 casi di accolti nei servizi residenziali riferiti al 70% degli ambiti territoriali della Campania (arrotondamento alla decina); (f) Dato di presenza stimato sulla base dei 1.435 posti letto disponibili nei servizi residenziali autorizzati al funzionamento e dei 1.914 minori accolti sull'intero arco dell'anno 2008; (g) Dati stimati applicando l'incremento medio annuo nazionale nel periodo 2005-2007 ai 354 casi di affidamento familiare riferiti al 31/12/2005 e ai 516 casi di accolti nei servizi residenziali al 31/12/2005 (arrotondamento alla decina); (h) Valutazione prudenziale sulla base degli oltre 2.000 posti disponibili nei servizi residenziali; (i) Valutazione prudenziale sulla base dei 242 affidamenti e dei 212 minori accolti nei servizi riferiti ai 94 comuni che nel complesso hanno compilato il questionario sul totale dei 379 comuni presenti sul territorio della Sardegna.

le a un differente criterio regionale per l'invio fuori famiglia). La media delle Regioni del centro-nord è di 3,04, mentre quello delle regioni del centro-sud è di 2,94. Volendo evidenziare i dati Regione per Regione, si notano importanti differenze (vedi tabella 2). Un altro parametro che qualifica i diversi Paesi è il rapporto fra minori fuori famiglia inviati in contesti familiari e minori inviati in comunità (rapporto affidamento familiare/affidamento in comunità). In Italia questo rapporto è pari a uno, mentre in Svezia (modello europeo) è circa 3,5, in Gran Bretagna 2, in Romania e Ungheria 1,8, in Spagna 1,7, in Francia 1,4. Molto

peggio di noi stanno Bulgaria (0,02), Lituania (0,015) e Germania (0,72). Ovviamente i numeri, sia italiani che europei, non forniscono dettagli circa la qualità delle strutture, la qualifica del personale, il valore dei servizi erogati, la progettualità dell'affido. Dobbiamo comunque rimarcare che al centro-nord il rapporto affidamento familiare/affidamento residenziale è di 1,39 mentre al centro-sud è di 0,7: in pratica al centro-nord è mediamente più facile per un minore finire fuori famiglia ma, una volta avvenuto ciò, è più difficile finire in un regime di affidamento residenziale (comunità). Al centro-sud avviene il contrario e questo

è in buona parte dovuto a una minore promozione dell'affido familiare. Entrando maggiormente nel dettaglio, le Regioni che hanno i migliori rapporti tra affidamento familiare e affidamento residenziale sono Valle d'Aosta (3,1), Piemonte (2), Toscana (1,9). Le peggiori Friuli-Venezia Giulia (0,3), Provincia autonoma di Trento e Basilicata (0,4). Le Regioni che inviano percentualmente più minori in Comunità (valore determinato da 2 fattori: 1- invio fuori famiglia, 2 - successiva destinazione ai servizi residenziali) sono la Provincia autonoma di Trento (2,86 minori ogni mille residenti), la Liguria (2,35 ogni mille),

il Friuli-Venezia Giulia (2,34), le Marche (2,28). Per fare un confronto europeo il modello svedese ne invia circa 2,3 ma non dobbiamo stupirci visto che si tratta di un Paese dove lo Stato entra molto nella vita dei cittadini. Le Regioni che inviano percentualmente più minori in affidamento familiare (risultante dagli invii fuori famiglia e dalla successiva destinazione alla rete di affido familiare) sono ancora la Liguria (2,85 ogni mille minori residenti), il Piemonte (2,45), la Toscana (2,37), la Valle d'Aosta (2,12), la Provincia autonoma di Bolzano (1,86), la Puglia (1,856). In Svezia sono circa 5,8 ogni 1000 minori residenti. Nella valutazione di questi numeri dobbiamo tener presente che l'influenza di stranieri e MSNA non è omogenea in tutte le Regioni. In Liguria, per esempio, al momento del report la presenza di cittadini stranieri era pari alla media nazionale (6,5%), mentre in Lombardia (9,3%), Veneto (9,3%), Trentino (8,2), Marche (8,3), Friuli-Venezia Giulia (7,7) era superiore. In altre Regioni, specie del centro-sud, la percentuale era assai inferiore (Puglia e Sardegna 1,8 e Basilicata 2%). Questo comporta altresì un'altra vistosa disomogeneità: mentre i minori stranieri rappresentavano nei servizi residenziali italiani in media il 32,4% dell'utenza, in Sardegna essi costituivano solo il 2,4 e nelle Marche addirittura il 70,3%! Un lato oscuro, non preso in esame dal report, è la durata dell'affidamento. L'impressione dello scrivente è che troppo spesso l'affidamento residenziale nel

nostro Paese non venga interpretato come un breve periodo con finalità terapeutiche o riabilitative (come avviene in USA per i bambini affetti da alienazione genitoriale) ma piuttosto come una sorta di parcheggio, la qual cosa andrebbe a cozzare col dettame della risoluzione ONU. Più volte è capitato, nell'esperienza dello scrivente, che di fronte a un'inadeguatezza materna in caso di separazione dei genitori si sia provveduto a un invio diretto in comunità senza messa alla prova delle facoltà genitoriali paterne. Nella casistica di 120 minori transitati in 18 anni presso la Cooperativa sociale L'Accoglienza onlus di Roma la durata media di affidamento extrafamiliare è stata di 18 mesi. In Svezia la durata dell'affidamento è invece rispettivamente:

- se in dipendenza di accordi consensuali assunti con la famiglia d'origine pari a 5,7 mesi per i maschi e 4,1 per le femmine (il 10% degli affidati lascia l'affidamento dopo anni o più)
- se in dipendenza di un atto impositivo dell'Autorità Giudiziaria pari a 17,1 mesi per i maschi e 16,8 per le femmine (il 16% circa lascia il servizio dopo 4 anni o più).

Conclusioni

Malgrado l'Italia sia posizionata bene nel contesto europeo, ridurre ulteriormente gli invii fuori della famiglia con una politica più accorta è sicuramente possibile: nel decennio 1998-2008 il tas-

so di invii in Lombardia è sceso del 9,5%, in Calabria del 16,5%, in Valle d'Aosta dell'11,5%. L'esperienza ci dice però che è anche possibile peggiorare: nello stesso decennio in Abruzzo il tasso è aumentato del 216,5%, nelle Marche del 77%, in Basilicata del 50,1%, in Umbria del 63,3%, in Toscana del 45,8%, dati sicuramente degni di attenzione laddove si tenga in considerazione che in nessuna di queste Regioni la percentuale di stranieri era aumentata come in Lombardia. Esistono d'altro canto ormai numerose evidenze medico-scientifiche che hanno iniziato a mostrarci i danni da privazione genitoriale e affettiva (dall'aumentato rischio di crisi di panico da adulti al nanismo psico-sociale ecc.) e quindi, ove possibile, bisognerebbe impegnarci sulla strada della riduzione degli invii fuori famiglia e, soprattutto, in comunità. Concludiamo con due riflessioni finali che ci dimostrano come, quantunque nella realtà europea l'Italia si collochi bene, ci siano margini di miglioramento: se tutte le Regioni avessero seguito i parametri di allontanamento propri del Veneto i minori fuori famiglia sarebbero stati 18.000 anziché 30.700. Se poi tutte le Regioni avessero attuato i criteri affidativi del Piemonte per i minori fuori famiglia, solo 6.000 (anziché 15.500) sarebbero stati i minori ricoverati nei servizi residenziali al 31 dicembre 2008, con notevole risparmio per la collettività (il costo giornaliero di un minore in comunità è stimato fra 200 e 300 euro al giorno).

Bibliografia essenziale

- Rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome su bambini e adolescenti fuori dalla famiglia in affidamento familiare (a singoli, famiglie e parenti) o accolti nei servizi residenziali nella propria regione, a cura dell'Istituto degli Innocenti col patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero del lavoro e della politiche sociali, del Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Pubblicato nel febbraio 2011.
- Presunto colpevole, di Luca Steffenoni. Chiarelettere editore, 2009.
- Spence S, Najman JM, Bor W et al. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines* 2002; 43 (4): 457-70.
- I figli dei divorzi difficili, di Fabio Canziani, Sellerio editore, 2000.
- Nel nome dei figli, di Vittorio Vezzetti. Booksprint editore, 2011.
- Risoluzione del 24 febbraio 2010, A/RES/64/142, Guidelines for the Alternative Care of Children.
- Battaglia M, Pesenti Gritti P, Medland S, et al. A genetically informed study on the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO2, panic disorder and the effect of childhood parental loss. *Arch of Gen Psychiatry* 2009; 66(1):64-74
- Barn och unga- isatser ar 2004, dati ufficiali svedesi pubblicati nell'agosto 2005 da Socialstyrelsen.

Le figure mediche di supporto alla famiglia per educare i ragazzi ad una sessualità matura

Giuseppe Di Mauro

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

Lorenzo Mariniello

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

Francesco Di Mauro

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Il Università degli Studi di Napoli

L'adolescenza è un periodo fondamentale per la sessualità in quanto in questo periodo matura la funzione sessuale, si raggiunge e si consolida l'identità sessuale e vengono sperimentati i primi rapporti di coppia. L'adolescenza si colloca tra la pubertà, in cui avviene la maturazione degli organi genitali con la possibilità di procreare e l'età in cui si raggiunge l'autonomia economica, in questa società sempre più procrastinata (in media 25-30 anni). In questo arco di tempo si dovrebbe raggiungere una identità sessuale certa. Interessante, per capire il nostro possibile campo di intervento nei confronti della sessualità dell'adolescente sono i dati scaturiti da un'indagine che ha coinvolto 334 Pediatri italiani che hanno evidenziato che il primo rapporto sessuale si ha a 17 anni e mezzo con alcune variazioni regionali. Il 26,25% delle femmine sessualmente attive usa la pillola, mentre il 30% dei maschi fa uso del preservativo. Circa il 35% degli adolescenti non utilizza nessuna protezione. Alla domanda se i Pediatri italiani fossero favorevoli all'uso della "pillola del giorno dopo" in caso di rapporto non a rischio, si è dichiarato favorevole solo il 14,3% dei pediatri, mentre l'85,7% si è dichiarato contrario. Considerato che con la caduta dei divieti e dei tabù, l'inizio dell'attività sessuale avviene sempre più precocemente, è indispensabile che il Pediatra si faccia carico di questo problema. Ma altre figure si occupano dell'adolescente oltre al Pediatra: il Medico generalista; l'Endocrinologo; l'Adolescentologo; lo Psicologo; i vari Specialisti, in particolare il ginecologo. Tuttavia, il Pediatra, che gode di un'altissima credibilità e fiducia (secondo un'indagine realizzata dal Censis nel 2006, l'80% degli italiani è estremamente soddisfatto dell'assistenza garantita ai propri figli), anche per lo stretto e continuativo rapporto che ha con il bambino e con la famiglia, rappresenta la figura più adatta per accompagnare genitore e bambino nel delicato passaggio dell'adolescenza. Sono assistiti dal Pediatra di famiglia l'81% dei soggetti tra 10-12 anni, il 53% di quelli tra 13 e 15 anni e nessuno dei soggetti tra 16 e 20 anni. I bilanci di salute agli adolescenti previsti in numero di

2 o 3 nei diversi Accordi regionali per la Pediatria di famiglia, rappresentano l'occasione per contribuire all'educazione dei ragazzi ad una sessualità matura e per supportare la famiglia in tal senso (educare i genitori ad educare). È stato valutato che l'adolescente tende a recarsi poco dal medico non solo per i controlli programmati (bilanci di salute) ma anche per problemi acuti e cronici (organici o psichici). Per evitare tale rifiuto assistenziale, grande importanza assume la nostra capacità di instaurare una relazione empatica e confidenziale con l'adolescente. Dovrebbero essere effettuati almeno due bilanci di salute all'adolescente, uno tra i 10 e i 11 anni e uno tra i 12 e i 14 anni. Un altro tra i 14 e i 16 anni va programmato se il ragazzo resta in carico al Pediatra di famiglia, su richiesta dei genitori, per particolari condizioni (patologia cronica, handicap o documentate situazioni di disagio psico-sociale). Le problematiche adolescenziali, in costante aumento, su cui deve essere focalizzata l'attenzione del pediatra sono diverse, ma sono soprattutto due i grandi fronti di intervento da parte nostra nel seguire la sessualità nell'adolescente: la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Oggi gli anticoncezionali non sono più un simbolo di trasgressione ma, al contrario, sono diventati un dovere onde evitare l'aborto. L'AIDS esige come dovere l'uso del profilattico. L'uso del preservativo è il suggerimento più immediato da

Bilanci di salute previsti dagli Accordi regionali della Pediatria di famiglia

Regione	Anni 10-12	Anni 12-14
Calabria	BS	BS
Basilicata	-	BS
Campania	-	BS
Abruzzo	BS	-
Molise	BS	-
Lazio	-	BS
Liguria	-	BS
Veneto	BS	BS
Piemonte	-	BS

Problematiche adolescenziali

- Comportamenti violenti
- Abuso di sostanze proibite
- Sessualità vissuta in maniera distorta ed inadeguata
- Tendenza alla depressione
- Senso di inadeguatezza nei rapporti con gli altri
- Scarso rendimento scolastico
- Bullismo
- Incidenti stradali
- Suicidi
- **Gravidanze indesiderate**
- **Malattie sessualmente trasmesse**
- Anoressia e bulimia
- Obesità

dare, ma non è il solo. Molto spesso i genitori si vergognano in quanto sono impreparati e allora non parlano con i propri figli, ma è importante far capire quante e quali malattie è possibile contrarre con l'attività sessuale scorretta. Con i nostri consigli dobbiamo assicurare agli adolescenti una sessualità serena, scevra da ansie e da possibili rischi, in altri termini una sessualità matura. Nelle visite programmate è importante:

- sapere se l'adolescente vuole parlare da solo o in presenza dei genitori. Se da solo, rassicurare il giovane sulla segretezza del colloquio;
- definire il proprio ruolo di medico disponibile ad ascoltarlo e a risolvere i suoi problemi;
- rassicurare i genitori che potranno parlare in privato al termine della visita;
- consigliare al giovane, in caso di colloquio riguardante l'attività sessuale di coppia, di farsi accompagnare dal partner ad una visita successiva;
- le visite andrebbero effettuate in giornate specifiche dedicate agli adolescenti con una certa flessibilità di accesso.

La disponibilità di un vaccino contro l'infezione da Papilloma virus (HPV) rappresenta per il Pediatra di famiglia un'ottima occasione non solo per incidere favorevolmente, con la propria attività assistenziale, sulla tutela della salute dell'adolescente nella prevenzione verso il tumore della cervice uterina, ma anche per ribadire la necessità di seguire corretti stili di vita riguardanti anche altre malattie sessualmente trasmissibili. Inoltre il Pediatra, nell'opera di informazione rivolta alle adolescenti, può incidere significativamente anche nel far prendere coscienza alle mamme sulla necessità di aderire esse stesse ai programmi di screening per la diagnosi precoce della medesima malattia, dimostrando come il proprio ruolo sia fondamentale verso il nucleo familiare nel suo complesso, specie in un contesto di insufficiente diffusione dell'esecuzione del Pap-test. La possibilità da parte del Pediatra di dare la corretta informazione in coincidenza del bilancio di salute degli 11 anni in un contesto assistenziale ove oltre il 90% delle ragazze a livello nazionale è da lui attivamente seguita, rende il suo ruolo fondamentale in tale strategia vaccinale. Purtroppo

po ancora notevoli sono oggi le problematiche riguardanti l'assistenza sanitaria degli adolescenti: da una normativa poco attenta agli adolescenti, allo scarso numero di pediatri sul territorio, all'elevato numero di pediatri al massimale, alla necessità di assistere i neonati piuttosto che gli adolescenti; e vanno ricordate anche le scarse competenze in adolescentologia e la disomogenea assistenza sul territorio affidata alla volontà del singolo piuttosto che ad un progetto assistenziale per questa fascia d'età. Sarebbero, quindi, auspicabili alcuni interventi urgenti al riguardo, come:

- migliorare le competenze del Pediatra e del medico di MG in adolescentologia;
- favorire una presa in carico "guidata" dell'adolescente tra Pediatra e MMG;
- incentivare l'esecuzione di più bilanci di salute in questa età prevedendoli anche per la medicina generale (16-20 anni);
- affidare ai medici di assistenza primaria, con specifiche normative, un ruolo nella prevenzione e nella "salute pubblica" di questa fascia d'età.

I ipotesi future potrebbero basarsi su estendere l'esclusività dell'assistenza pediatrica sul territorio fino ai 18-20 anni, creare una figura professionale specialistica sul territorio a cui indirizzare l'adolescente con problemi e favorire l'integrazione tra Pediatra e Medico di MG in "studi medici associati territoriali". La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale si impegnerà, accanto alla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia e ad altre Società scientifiche, in particolare la SIP (Società Italiana di Pediatria) e la SIMA (Società italiana di medicina dell'adolescenza), perché l'educazione sessuale sia inserita nelle scuole italiane, sin dalle elementari. Un'educazione sessuale o meglio educazione alla sessualità da non ridurre semplicemente o semplicisticamente a un'informazione sul sesso, ma da intendere nell'ottica più vasta della "educazione alla salute", incentrata su un'ampia gamma di interventi da parte dei genitori, insegnanti ed operatori sanitari che scaturiscano da una cultura e un linguaggio comuni, in grado di mettere il bambino in condizione di conoscere la sessualità in modo equilibrato all'interno della sua vita affettiva. Educare i ragazzi ad una sessualità matura significa innanzitutto espletare nel migliore dei modi la prevenzione primaria nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse e nei confronti di gravidanze indesiderate capaci di sconvolgere la vita dell'adolescente, con irrimediabili ripercussioni sul suo futuro. Purtroppo, non esistendo in Italia una normativa che inserisca questo tipo di didattica nelle scuole, l'educazione sessuale è lasciata all'iniziativa di quei dirigenti scolastici e di quelle scuole che sono più sensibili o che hanno più fondi per autofinanziare questo tipo di attività. Eppure, come si rileva nelle centinaia di forum che popolano internet, i ragazzi hanno molti dubbi e carenza di informazioni su questo tema. Secondo gli ultimi dati della indagine annuale della Società italiana di pediatria sulle abi-

tudini e gli stili di vita degli adolescenti, per oltre il 26% chat e forum rappresentano la principale fonte di informazione sul sesso. Oggi i bambini iniziano a ricevere molto presto dal mondo che li circonda ipersollecitazioni di tipo sessuale che, il più delle volte, la famiglia e gli insegnanti non riescono a gestire correttamente. Ciò costringe gli adolescenti ad affidarsi alla nuova famiglia alternativa composta da TV, internet e telefonino (A. Graziottin). Se la scuola non si decide ad affrontare in modo strutturato il problema dell'educazione sessuale già nelle classi elementari e medie inferiori, e la famiglia non riesce ad assolvere a questo compito, il risultato non può essere che una ricerca di informazioni da parte degli adolescenti lì dove hanno facile accesso, ed internet rappresenta lo strumento più a portata di mano. Inutile sottolineare i gravi rischi a cui li espone l'affidarsi alle risposte di sconosciuti. In conclusione diventa oggi indispensabile, con interventi coordinati, educare i ragazzi ad una sessualità matura, in quanto questa va intesa non solo come rapporto genitale, ma è una componente essenziale dell'evoluzione emotiva, cognitiva e relazionale, per cui da essa dipende il benessere psico-fisico contingente e futuro dell'individuo.

La visita

Cosa effettuare

Valutazione clinica completa

Nel corso della valutazione dei genitali esterni e delle mammelle è importante insegnare all'adolescente l'autopalpazione del seno e dei testicoli

Valutazione psico-socio-comportamentale

Tesa ad individuare precocemente comportamenti a rischio, unitamente ad un'attività di counseling, intesa come educazione alla prevenzione di tali comportamenti

Attività di prevenzione attraverso specifici moduli di implementazione

Educazione sanitaria

Prevenzione dei disturbi nutrizionali, educazione sessuale e contraccezione, promozione dell'uso del casco e delle cinture di sicurezza ecc.

Profilassi delle malattie infettive

Incrementare i livelli di copertura di alcune vaccinazioni e copertura vaccinale dei soggetti a rischio

I MESSAGGI FONDAMENTALI DA TRASMETTERE RELATIVI ALLA VACCINAZIONE ANTI-HPV

Che cos'è il papilloma virus? Esistono più di 100 tipi diversi di HPV che circolano diffusamente tra le persone. I tipi 16 e 18 possono dar luogo a lesioni più gravi localizzate nel collo dell'utero che possono progredire verso il carcinoma. In Italia questo tumore colpisce ogni anno circa 3500 donne, rappresenta l'1,5% di tutti i tumori femminili. La probabilità che una donna italiana abbia un cancro del collo dell'utero durante la propria vita è del 6,2%.

Come si trasmette l'HPV? Si trasmette per via sessuale, anche con rapporti incompleti.

Ci sono persone che hanno più probabilità di prendere un'infezione da HPV? La massima frequenza di infezioni avviene negli anni successivi all'inizio dell'attività sessuale. Circa la metà delle donne ha già contratto l'infezione dopo pochi anni dall'inizio dell'attività sessuale. Le persone che hanno molti partner sessuali hanno maggiore probabilità di contrarre un'infezione da HPV.

Quali malattie provoca l'infezione da HPV? Nella maggior parte dei casi le infezioni determinate da questo virus sono transitorie e spariscono nel giro di alcuni mesi o anni. In alcuni casi l'infezione diventa persistente provocando alcune lesioni nell'area dei genitali. I tipi 6 e 11 provocano i condilomi acuminati che sono piccole escrescenze nell'area genitale che, se non trattate, possono diventare evidenti e fastidiose, ma non evolvono in cancro. I tipi 6 e 18 e altri provocano le lesioni al collo dell'utero che attraverso diversi passaggi possono evolvere verso il carcinoma.

Come si fa la diagnosi delle malattie provocate da HPV? I condilomi acuminati sono visibili ad occhio nudo, mentre la lesione al collo dell'utero può essere riconosciuta osservando al microscopio le cellule che vengono prelevate durante il Pap-test che dovrebbe essere effettuato ogni 3 anni da tutte le donne tra i 25 e i 64 anni. In presenza di anomalie al Pap-test si esegue la colposcopia che si effettua durante l'esame ginecologico mettendo a contatto con il collo dell'utero una sostanza in grado di colorare le lesioni provocate dall'infezione da HPV. La colposcopia è utile per identificare correttamente l'estensione delle lesioni.

Le infezioni da HPV possono essere curate? Non esiste una terapia specifica efficace per l'infezione da HPV. L'unico trattamento possibile è rappresentato dall'eliminazione delle lesioni con tecniche diverse (crioterapia, laser o escissione chirurgica) a seconda della sede, estensione e tipologia delle lesioni. Il trattamento delle lesioni non protegge dalle recidive.

È possibile prevenire le infezioni da HPV? L'astinenza sessuale è il metodo più efficace per prevenire l'infezione. L'uso del preservativo non protegge completamente dall'infezione in quanto il virus si trova anche su parti della pelle non coperte dal preservativo.

Quali vaccini sono disponibili? Esistono 2 vaccini, uno diretto contro i tipi di virus 16 e 18 (Cervarix) che provocano i tumori del collo dell'utero, e l'altro che in aggiunta protegge anche contro i tipi 6 e 11 (Gardasil) che provocano i condilomi e le anomalie lievi del collo dell'utero.

Quali sono i vantaggi della vaccinazione? La vaccinazione eseguita prima dell'inizio dell'attività sessuale è in grado di prevenire una larga parte delle lesioni che precedono il cancro del collo dell'utero. La donna sessualmente già attiva è protetta contro i tipi di virus che non ha ancora incontrato nella sua vita sessuale. Il vaccino non è in grado di curare una lesione già in atto e non ne modifica il decorso.

Il vaccino ha effetti collaterali? Come tutte le altre vaccinazioni, gli effetti collaterali più comuni sono il dolore nel punto dell'iniezione e febbre. Il vaccino non ha dimostrato sinora di avere effetti collaterali rilevanti.

A che età si effettua la vaccinazione? L'età minima alla quale è possibile somministrare i vaccini disponibili è 9 anni e quella massima 26 anni. La vaccinazione viene offerta gratuitamente ed attivamente alle ragazze nel dodicesimo anno di vita.

Come deve essere somministrato il vaccino? La vaccinazione comprende tre dosi somministrate intramuscolo. Il programma prevede lo schema 0-1-6 mesi per il Cervarix e 0-2-6 mesi per il Gardasil.

Dopo aver fatto il vaccino sarà ancora necessario fare il Pap-test? Il Pap-test deve essere eseguito anche dalle donne vaccinate in quanto i vaccini proteggono da 2 a 4 tipi di HPV, ma non da tutti i tipi in circolazione. Peraltro, come accade per altre vaccinazioni, esiste la possibilità che il vaccino contro HPV non protegga dal virus nel modo atteso, sebbene abbia un'efficacia prossima al 100%.

CAMICINRETE



SOCIAL NETWORK

CAMICINRETE è il social network dei medici italiani.

REGISTRATI, UNISCITI, CONDIVIDI E DISCUTI



FAD

CAMICINRETE è anche percorsi online di educazione continua in medicina, per un aggiornamento di qualità, personalizzato e flessibile

Registrati ora
è gratuito e veloce



www.camicinrete.it

La SIPPS sale in cattedra grazie a un protocollo di intesa con le scuole di specializzazione

Le Scuole di Specializzazione in Pediatria hanno il compito istituzionale di provvedere alla formazione dello specializzando facendogli apprendere e applicare: conoscenze scientifiche, abilità manuali e sensibilità professionali. Si tratta di percorso formativo al cui completamento possono concorrere le conoscenze e il bagaglio di esperienze maturate nell'ambito delle società scientifiche di settore.

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale rappresenta, in particolare, un partner ideale delle scuole di specialità nell'iter formativo dei giovani aspiranti pediatri per la sua vocazione alla formazione di specialisti capaci di prendere in carico un bambino sotto tutti i punti di vista, secondo un approccio olistico. La SIPPS inoltre fa della prevenzione rispetto alla malattia, ai rischi, ai problemi e alle difficoltà che giungono al bambino dall'ambiente e dal contesto sociale in cui vive, sia esso la famiglia, la città o la scuola, uno dei suoi principali obiettivi. Un obiettivo che deve essere prioritario per ogni medico a cominciare dal suo percorso formativo. Proprio in virtù delle peculiarità della nostra società scientifica, è stato siglato un protocollo d'intesa SIPPS - Scuole di Specializzazione in Pediatria in cui ciascuno dei due attori istituzionali giocherà un ruolo specifico a favore dello specializzando.

L'impegno SIPPS sarà quello di un'interlocuzione periodica con le Scuole di Specializzazione in Pediatria, con il coinvolgimento delle stesse Scuole nelle proprie attività convegnistiche e culturali, assicurando una collaborazione per la formazione degli specializzandi sui temi di comunicazione, prevenzione e del sociale e organizzando convegni, seminari e stages residenziali su temi concordati. Inoltre la SIPPS provvederà alla pubblicità on line e cartacea delle attività ed eccellenze scientifiche e assistenziali delle singole scuole di specializzazione e a concedere agli specia-

lizzandi uno spazio sul proprio sito on line, sulla rivista SIPPS e all'interno dei congressi nazionali SIPPS. L'impegno della scuola di specializzazione sarà quello di fornire informazioni sulle attività scientifiche e assistenziali di eccellenza della scuola affinché possano essere pubblicizzate, di organizzare annualmente un evento formativo all'interno della scuola di specializzazione e di assicurare la disponibilità a partecipare a progetti di ricerca condivisi sugli argomenti concordati. Le modalità e i tempi di questa "alleanza" saranno scanditi in primis dalla firma di un protocollo tra il direttore della scuola di specializzazione e la presidenza SIPPS, quindi dalla scelta degli argomenti che la SIPPS tratterà e/o illustrerà, dalla scelta delle eccellenze della Scuola che la SIPPS pubblicherà sul territorio nazionale e infine dall'individuazione delle modalità e i tempi per il coinvolgimento degli specializzandi nelle attività della SIPPS. I possibili argomenti che la SIPPS intende trattare con gli specializzandi sono i seguenti: **prevenzione incidenti domestici, prevenzione abuso di farmaci, prevenzione errori pediatrici più comuni, rischi dell'ambiente per il bambino, comunicazione con il bambino e la famiglia, counselling, il pediatra olistico, il pediatra "advocate", il pediatra globale, che cos'è la SIPPS e cosa si propone, altro.** Un esempio pratico di collaborazione tra SIPPS e Scuola di Specializzazione in Pediatria della Seconda Università di Napoli è il consensus study "Errori in pediatria", che prevede la partecipazione dei docenti della summenzionata scuola di specialità e 150 pediatri (ospedalieri e del territorio). Attraverso 20 tavole rotonde sulle varie branche della pediatria, l'obiettivo è quello di arrivare a stilare un documento che elenchi i più comuni "errori in pediatria" per avviare un percorso condiviso sull'argomento a livello nazionale.

Giuseppe Di Mauro



Formazione da promuovere

Migliorare la formazione dello specializzando in pediatria e dei medici interni nelle scuole di pediatria, poter trasmettere con dignità ai giovani specializzandi alcuni insegnamenti utili alla loro professione futura e promuovere uno scambio e un flusso di informazioni bidirezionale continuo tra chi è in via di formazione e chi ha già un'esperienza ben strutturata.

Con questi obiettivi la SIPPS dedica uno spazio della rivista alle giovani leve della pediatria, facendo proprio il detto di Seneca: «Molti potrebbero arrivare alla saggezza se non avessero la presunzione di esserci già arrivati».

SIPPS – Specializzandi in Pediatria un matrimonio destinato a durare

Grosso consenso sta riscuotendo l'iniziativa della SIPPS di stabilire un "patto di collaborazione" più forte e stretto con le Università Italiane. In altra parte della nostra rivista sono riportati a firma del Presidente Di Mauro i termini dell'intesa. È affidato a me il ruolo di "raccontare" le cose viste dall'"altra parte del mondo", cioè dagli Specializzandi. In un momento culturale in cui la "non risposta", il "parliamone con calma" e la dilazione costituiscono sistema, ci sembra incredibile che l'attivismo di una Società Scientifica e di un Presidente diano risposte così veloci, quasi immediate. Davvero grazie Presidente Di Mauro per la rapidità con cui hai attivato immediatamente il progetto SIPPS-Specializzandi nell'ambito del progetto generale SIPPS-Università. Il primo entusiasmo palpabile è stato registrato allorché a Roma il progetto è stato illustrato nel corso del Campus in Pediatria organizzato per gli Specializzandi il 18 e il 19 maggio dall'Angelini in collaborazione con il Prof. Pietro Ferrara (Università Cattolica del Sacro Cuore) e tutto il suo gruppo, dal titolo: "Il Dolore nel Bambino". Il primo a complimentarsi con il progetto è stato proprio il Prof. Pietro Ferrara il quale ha rimarcato come la interazione anche in campo culturale sia lievito per la crescita dell'intero sistema pediatrico. Unanime il giudizio degli Specializzandi, i quali hanno percepito l'opportunità enorme offerta dall'incontro con i colleghi della pediatria ospedaliera ed universitaria, sia sul piano scientifico e culturale sia sul piano dello scambio delle esperienze professionali. Interessante è la prima verifica sul piano operativo

che si terrà il 5 luglio a Caserta e costituirà il primo momento d'incontro tra SIPPS ed Università. È il dipartimento di Pediatria della Seconda Università di Napoli, diretto dalla Prof.ssa Laura Perrone che farà da apri pista in questo nuovo rapporto tra società scientifica e mondo universitario. Ebbene un "Consensus Study" vedrà la partecipazione di 220 pediatri divisi in 22 tavole rotonde in cui si discuterà di "errori in pediatria" in tutti i settori della nostra attività. Ogni tavolo di lavoro, variegato e composto dai rappresentanti dell'Università, degli Ospedalieri, del territorio con la partecipazione di tutti gli Specializzandi in Pediatria della Seconda Università di Napoli, elaborerà una bozza degli errori più frequenti identificati come tali nella propria quotidianità. Successivamente un Comitato Scientifico sistematizzerà il lavoro compiuto, ne farà partecipi un grosso numero di Pediatri del territorio nazionale per giungere ad un prodotto di comunicazione destinato ad ognuno di noi operatori come bagaglio di esperienze comuni da non perdere. Ma di tutto ciò parleremo nel prossimo Convegno Nazionale SIPPS (Caserta 12-15 settembre) cui ovviamente siamo tutti invitati e nel quale non mancheremo di esprimere – senza alcuna "captatio benevolentiae" – ancora una volta al nostro amico Presidente Di Mauro l'apprezzamento per la sua "verve" e vitalità, oltre i ringraziamenti per averci coinvolti come ospiti privilegiati.

Pietro Falco

*Coordinatore Progetto
SIPPS - Specializzandi*