

ERRORI IN PEDIATRIA



Editors

Roberto Del Gado

Michele Panico

Pietro Falco

Italo Bernardo



DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA
"F. FEDE" S.U.N.



SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA
PREVENTIVA E SOCIALE

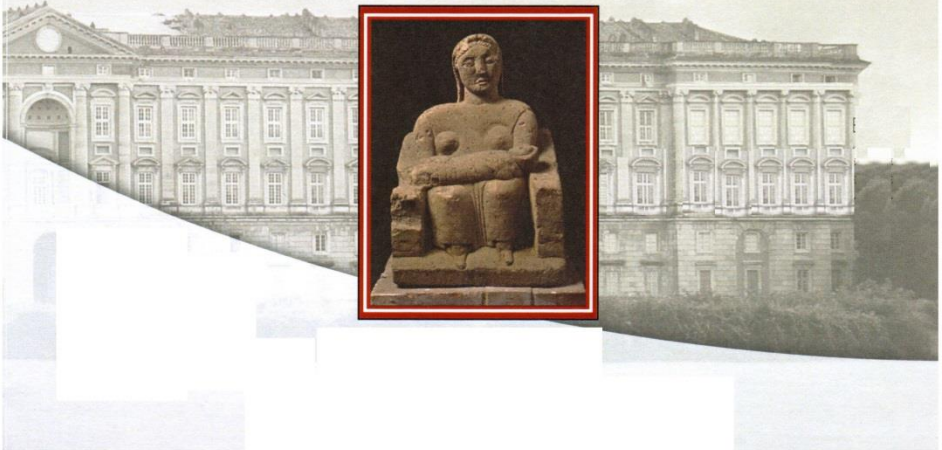
RESULTS DEL CONSENSUS STUDY

ERRORI IN PEDIATRIA

a cura di

Roberto Del Gado, Michele Panico

Pietro Falco, Italo Bernardo



Consensus Study

ERRORI IN PEDIATRIA

Presidenti

Laura Perrone, Bruno Nobili, Giuseppe di Mauro

Direttore Scientifico

Roberto Del Gado: Professore Associato S.U.N.

Comitato Tecnico-Scientifico

Laura Perrone – Direttore Dipartimento della Donna, del Bambino, di Chirurgia generale e specialistica – S.U.N.

Bruno Nobili – Direttore Scuola di Specializzazione in Pediatria – S.U.N.

Giuseppe Di Mauro – Presidente Nazionale SIPPS

Roberto Del Gado – Professore Associato – S.U.N.

Fabio Decimo – Ricercatore Universitario – S.U.N.

Paolo Indolfi – Ricercatore Universitario – S.U.N.

Roberto Liguori – Dirigente Medico – Marcanise (CE)

Diego Paternosto – Direttore D.E.A. – A.O.R.N. Caserta

Luciano Pinto – Direttore u.o.c. – Napoli

Franco Tancredi – Past President S.I.P.

Segreteria Scientifica

Antonella Ansalone, Italo Bernardo, Pietro Falco, Michele Panico

Segreteria Organizzativa

Luisa Abbate, Gaetano Ausanio, Daniela Brescia, Antonella Capasso, Francesca Clarizia, Francesco Crispino, Domenico D'Angelo, Carolina Grassia, Vincenzo Rossi, Maria Vendemmia

HANNO PARTECIPATO

Abbate Luisa – Dirigente Medico – Caserta
Abete Antonio – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Acampora Lanfranco – Dirigente Medico – Caserta
Affinita Maria Carmen – Specializzanda S.U.N.
Agostinelli Carmelina – Dirigente Medico – Benevento
Alterio Emilia – Specializzanda S.U.N.
Amendola Giovanni – Direttore u.o.c. – Nocera Inferiore (SA)
Ansalone Antonella – Dirigente Medico – Caserta
Antinolfi Lorenzo – Specializzando S.U.N.
Arigliani Raffaele – Professore a contratto – Università di Ancona
Ausanio Gaetano – Dirigente Medico – Caserta
Barbato Francesco – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Belfiore Ivano – Specializzando S.U.N.
Bertocco Fabrizia – Specializzanda S.U.N.
Bianco Giuseppe – Dirigente Medico – Napoli
Boccia Luigi – Dirigente Medico – Caserta
Brescia Daniela – Dirigente Medico – Caserta
Brienza Carmine – Specializzando S.U.N.
Budetta Mauro – Dirigente Medico – Cava dei Tirreni (SA)
Caianello Antonella – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Campa Antonio – Direttore u.o.c. – Napoli
Campagnano Nicola – Dirigente Medico – Maddaloni (CE)
Campana Giuseppina – Specializzanda S.U.N.
Cantelli Luigi – Direttore u.o.c. – Santa Maria Capua Vetere (CE)
Cantelmi Grazia – Specializzanda S.U.N.
Capasso Antonella – Dirigente Medico – Caserta
Capasso Milena – Specializzanda S.U.N.
Capristo Carlo – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Caputo Ornella – Specializzanda S.U.N.
Carrozza Arcangelo – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Casaburo Francesca – Specializzanda S.U.N.

Casale Fiorina – Professore Associato S.U.N.
Castaldo Vincenzo – Dirigente Medico – Caserta
Celiento Irene – Specializzanda S.U.N.
Ciccarelli Giuseppe – Pediatra Libera Scelta – Caserta
Cinelli Roberto – Direttore u.o.c. – Vico Equense (NA)
Cipolletta Federico – Dirigente Medico – Avellino
Citarella Serena – Specializzanda S.U.N.
Clarizia Francesca – Specializzanda S.U.N.
Cioffi Carlo – Dirigente Medico – Aversa (CE)
Cocca Alessandra – Specializzanda S.U.N.
Comune Vincenzo – Direttore u.o.c. – Giugliano (NA)
Confetto Santino – Specializzando S.U.N.
Conte Mario – Specializzando S.U.N.
Cotugno Fortunato – Specialista Ambulatoriale – Caserta
Crispino Francesco – Dirigente Medico – Caserta
D'Alfonso Caterina – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
D'Angelo Domenico – Dirigente Medico – Caserta
D'Anna Carolina – Specializzanda S.U.N.
De Brasi Daniele – Dirigente Medico – Napoli
Del Gado Roberto – Professore Associato S.U.N.
Della Monica Vincenzo – Dirigente Medico – Salerno
Della Rocca Filomena – Specializzanda S.U.N.
Della Rotonda Gianluca – Specializzando S.U.N.
De Maddi Francesco – Dirigente Medico – Napoli
De Santis Angela – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Di Meglio Milena – Specializzanda S.U.N.
Dinardo Rocco – Direttore u.o.c. – Napoli
Di Palma Maria Rosaria – Specializzanda S.U.N.
Esposito Fulvio – Direttore u.o.c. – Napoli
Esposito Maria – Specializzanda S.U.N.
Falco Pietro – Specializzando S.U.N.
Falco Pietro – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Fasanaro Maria Gabriella – Dirigente Medico – Salerno
Femiano Pasquale – Direttore u.o.c. – Caserta

Ferraro Saverio – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Fierro Vincenzo – Specializzando S.U.N.
Formosi Giacinto – Specialista Ambulatoriale – Caserta
Fortunato Delia – Specializzanda S.U.N.
Fratta Fiorella – Dirigente Medico – Napoli
Frezzetti Andrea – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Frolli Alessandro – Dirigente Medico – Caserta
Fusco Concetta – Specializzanda S.U.N.
Fusco Nicola – Specializzando S.U.N.
Gagliardo Thajlilia – Specializzanda S.U.N.
Galicola Federica – Specializzanda S.U.N.
Gallo Afflitto Iolanda – Specializzanda S.U.N.
Goglia Roberto – Dirigente Medico – Caserta
Grandone Anna – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Grassia Carolina – Dirigente Medico – Caserta
Grasso Nunzia Maria – Dirigente Medico – Ariano Irpino (AV)
Gravino Luciano – Dirigente Medico – Marcianise (CE)
Greco Pasquale – Direttore u.o.c. – Caserta
Gualdiero Giovanna – Specializzanda S.U.N.
Iannaccone Valentina – Specializzanda S.U.N.
Indolfi Paolo – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Lama Silvia – Specializzanda S.U.N.
La Marca Angela – Specializzanda S.U.N.
Lardaro Nunzio – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Laurenza Maria – Dirigente Medico – Caserta
Lauritano Claudio – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Letizia Maria Rosaria – Specializzanda S.U.N.
Liberatore Giulio – Direttore u.o.c. – Piedimonte Matese (CE)
Liguori Roberto – Dirigente Medico – Marcianise (CE)
Liparulo Antonio – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Lo Mastro Michele – Specializzando S.U.N.
Lopardo Beatrice – Direttore u.o.c. – Battipaglia (SA)
Maiello Nunzia – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Maietta Anna – Specializzanda S.U.N.

Malamisura Basilio – Direttore u.o.c. – Cava dei Tirreni (SA)
Marotta Rosaria – Specializzanda S.U.N.
Marte Antonio – Professore Associato – S.U.N.
Martemucci Luigi – Direttore u.o.c. – Napoli
Martinelli Riccardo – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Martusciello Elvira – Dirigente Medico – Caserta
Marzuillo Pierluigi – Specializzando S.U.N.
Masini Luigi – Dirigente Medico – Napoli
Matarese Sofia – Dirigente Medico – S.U.N.
Melone Marina – Professore Associato – S.U.N.
Messina Francesco – Direttore u.o.c. – Napoli
Micillo Flora – Specializzanda S.U.N.
Militerni Roberto – Professore Ordinario – S.U.N.
Miraglia del Giudice Emanuele – Professore Associato – S.U.N.
Miraglia del Giudice Michele – Professore Associato – S.U.N.
Molfetta Letizia – Pediatra di Libera Scelta – Caserta
Montano Annamaria – Specializzanda S.U.N.
Montinaro Carlo – Direttore u.o.c. – Sarno (SA)
Morabito Giuseppe – Dirigente Medico – Salerno
Nacca Raffaella – Specializzanda S.U.N.
Nocerino Raffaella – Specializzanda S.U.N.
Norma Antonella – Direttore u.o.c. – Eboli (SA)
Nunziata Felice – Direttore u.o.c. – Solofra (AV)
Olivieri Nunzia Alma – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Onofrio Elodia – Pediatra di Libera Scelta – Benevento
Panico Michele – Dirigente Medico – Caserta
Pascotto Chiara – Specializzanda S.U.N.
Pelliccia Ciretta – Specializzanda S.U.N.
Pellino Valeria – Specializzanda S.U.N.
Pecoraro Carmine – Direttore u.o.c. – Napoli
Pecoraro Giulia – Specializzanda S.U.N.
Perri Domenico – Direttore u.o.c. – Aversa (CE)
Perrotti Giuseppe – Direttore u.o.c. – Avellino
Petrazzoli Giovanni – Pediatra di Libera Scelta – Caserta

Picardi *Ciro* – *Dirigente Medico* – *Caserta*
Piccirillo *Margherita* – *Specializzanda S.U.N.*
Pierucci *Ippolito* – *Direttore u.o.c.* – *Vallo della Lucania (SA)*
Pisanti *Antonello* – *Direttore u.o.c.* – *Napoli*
Piscopo *Alessia* – *Specializzanda S.U.N.*
Piscopo *Maria Antonietta* – *Dirigente Medico* – *Napoli*
Pizza *Rosa* – *Specializzanda S.U.N.*
Porzio *Salvatore* – *Dirigente Medico* – *Maddaloni (CE)*
Prezioso *Ciro* – *Pediatra di Libera Scelta* – *Caserta*
Prisco *Francesco* – *Professore Associato* – *S.U.N.*
Puerto *Antonello* – *Direttore u.o.c.* – *Maddaloni (CE)*
Rinaldi *Fabio Oreste* – *Medico Chirurgo* – *Caserta*
Rinaldi *Vincenzo* – *Dirigente Medico* – *Marcianise (CE)*
Risolo *Enrico* – *Direttore u.o.c.* – *Ariano Irpino (AV)*
Rispoli *Giuliana* – *Specializzanda S.U.N.*
Rivezzi *Gaetano* – *Dirigente Medico* – *Caserta*
Romano *Anna* – *Specializzanda S.U.N.*
Romano *Attilio* – *Direttore u.o.c.* – *Caserta*
Romano *Roberta* – *Specializzanda S.U.N.*
Rossi *Francesca* – *Ricercatore Universitario* – *S.U.N.*
Rossi *Vincenzo* – *Dirigente Medico* – *Caserta*
Ruggiero *Laura* – *Specializzanda S.U.N.*
Russo *Loredana* – *Specializzanda S.U.N.*
Russo *Maria Giovanna* – *Responsabile u.o.s.d.* – *Napoli*
Sacco *Luca* – *Dirigente Medico* – *Caserta*
Sagnelli *Evangelista* – *Professore Ordinario* – *S.U.N.*
Saitta *Francesco* – *Direttore u.o.c.* – *Pozzuoli (NA)*
Salzano *Rossella* – *Specializzanda S.U.N.*
Santaniello *Federica* – *Specializzanda S.U.N.*
Savarese *Piera* – *Specializzanda S.U.N.*
Savarese *Raffaele* – *Specializzando S.U.N.*
Schiavone *Iolanda Rosanna* – *Specializzanda S.U.N.*
Scialdone *Antonio* – *Pediatra di Libera Scelta* – *Caserta*
Sgambato *Camilla* – *Pediatra di Libera Scelta* – *Caserta*

Siani Paolo – Direttore u.o.c. – Napoli
Sideri Francesca – Dirigente Medico – Caserta
Sorrentino Michele – Specializzando S.U.N
Speranza Pietro – Direttore u.o.c. – Vallo della Lucania (SA)
Squitieri Rosanna – Specializzanda S.U.N.
Strianese Silvana – Specializzanda S.U.N.
Tierno Elpidio – Dirigente Medico – Caserta
Tolone Carlo – Professore Associato – S.U.N.
Tortora Matilde – Pediatra di Libera Scelta – Napoli
Ummarino Massimo – Dirigente Medico – Napoli
Varricchio Attilio – Ricercatore Universitario – S.U.N.
Vendemmia Maria – Dirigente Medico – Caserta
Vescuso Alfonso – Dirigente Medico – Napoli
Vetrano Gennaro – Direttore u.o.c. – Benevento
Vetrella Antonio – Direttore u.o.c. – Acerra (NA)
Vitale Antonio – Direttore u.o.c. – Avellino
Vitiello Renato – Direttore u.o.c. – Boscotrecase (NA)

PRESENTAZIONE

Cari Colleghi,

è con enorme piacere che Vi presentiamo questo opuscolo. Si tratta del frutto di un lavoro ideato, voluto e “realizzato” dal compianto Luigi Falco, al quale anche molti di Voi hanno attivamente contribuito.

Nel settembre 2011 Luigi ci chiamò per esporci la sua brillante e lungimirante idea. Ci propose di comporre una sorta di “diario” nel quale annotare gli errori che ciascuno di noi commette quotidianamente, in parte imputabili alla nostra “beata ignoranza” in parte però imputabili alla presunzione ed alla elevata autostima. Aderimmo entusiasticamente alla proposta poiché ritenemmo e riteniamo che ciascuno di noi tre, nella duplice veste di docente e di esperto della prevenzione, specie in ambito pediatrico, abbia il preciso ed inderogabile dovere di indicare, specie ai colleghi più giovani, gli errori più frequenti in cui ancora i pediatri più esperti possono incorrere.

Uno dei messaggi più importanti che deriva da questo lavoro è, comunque, la necessità di attenersi ad un metodo didattico impostato sulla “Evidence Based Medicine” che consenta di prevenire, per quanto possibile, gli errori e che tenga in debito conto l’importanza di un aggiornamento costante.

Abbiamo scelto di sintetizzare il nostro lavoro in un “opuscolo”, esclusivamente per conferirgli caratteri di incisività e chiarezza ma non certo per lo scarso peso culturale degli argomenti trattati.

Un’ultima considerazione: come abbiamo già detto, Luigi è stato il vero promotore di questo progetto oltre che, giova precisarlo, di questo opuscolo. Luigi non è fisicamente più fra noi ma è sicuramente un vero e caro amico presente ogni giorno nei nostri cuori e nei nostri pensieri.

Laura Perrone

Bruno Nobili

Giuseppe Di Mauro

INTRODUZIONE

Caro Gigi,

questa volta Ti scrivo non per fare commemorazioni o ricordi ma a scopo operativo, per sapere cosa pensi del lavoro che insieme a Pietro e Michele Panico mi sono preso il compito di intraprendere, anche confortato non solo da Laura Perrone e Bruno Nobili ma anche e soprattutto dall'invito che mi rivolgesti personalmente. Voglio ricordare a me stesso, a quanti leggono ma non a Te che lo ricordi benissimo, l'iter di questa vicenda che ha visto coinvolta, in pratica, tutta la Pediatria campana.

Avevi avuto la splendida idea di individuare e, quindi, di parlare degli errori che tutti noi Pediatri commettiamo nell'esercizio giornaliero della nostra difficile ma affascinante attività. Ci eravamo riuniti in commissione, una prima volta nel luglio 2012, per individuare questi errori (i più frequenti e marchiani).

Dopo questa riunione affollatissima (solo Tu riesci ad aggregare tante persone!), ognuno dei coordinatori ebbe il compito di sistematizzare il materiale relativo all'argomento assegnatogli, insieme ai colleghi che avevano partecipato al tavolo iniziale e di inviarti quanto prodotto. Tutto questo materiale fu utilizzato e presentato in un altro affollatissimo incontro svoltosi nel gennaio 2013: grande successo dell'iniziativa che raccolse l'approvazione convinta di tutti i colleghi.

La tua successiva, brillante idea fu quella di mettere per iscritto i risultati presentati, di compilare, in altre parole, un opuscolo che potesse essere diffuso in tutta Italia, non solo per segnalare il lavoro fatto con tutta la sua utilità ma anche per mandare messaggi trasversali a TUTTI:

TUTTI SBAGLIAMO;

NESSUNO E' ESENTE DA ERRORE, ANCHE I MIGLIORI;

SBAGLIA DI PIU' CHI PENSA DI ESSERE MIGLIORE;

TUTTI DOBBIAMO STUDIARE ED AGGIORNARCI;

DEVE STUDIARE DI PIU' CHI HA MAGGIORI RESPONSABILITA';

DEVE STUDIARE ANCORA DI PIU'CHI INSEGNA AI GIOVANI ED E' LORO DI ESEMPIO;
SBAGLIARE E' UMANO, PERSEVERARE E' DIABOLICO.

Coordinati e guidati da Te eravamo sulla strada giusta. Mi avevi chiesto nel corso di uno dei nostri frequenti incontri (una fortuna per me!) di occuparmi di coordinare il lavoro di stesura dell'opuscolo ed io ne ero stato onorato e stimolato ma Ti avevo chiesto di continuare ad essere il nostro punto di riferimento. Avrebbero collaborato Pietro e Michele e ci eravamo anche detto che il lavoro sarebbe continuato sicuramente con l'organizzazione di un'altra riunione di presentazione dell'opuscolo.

Noi non ci siamo fermati, abbiamo continuato a lavorare, guidati e consigliati da Te che sei sempre presente nei nostri cuori e nelle nostre intelligenze e siamo riusciti a compilare questo opuscolo che ora presentiamo a Te ed a tutti i colleghi che, spinti dal Tuo entusiasmo, hanno attivamente collaborato al lavoro. Questo opuscolo rappresenta, quindi, la sintesi di quanto è stato prodotto dai "tavoli" ed è, naturalmente, caratterizzato e "personalizzato" a seconda delle sensibilità, indirizzi e volontà di quelli che l'hanno redatto. E' altrettanto normale che, trattandosi di un lavoro "regionale", non si ha alcun pretesa di aver individuato tutti gli errori (sarebbe un grosso peccato di presunzione) né che si tratta di errori comuni a tutta l'Italia: ognuno sbaglia come può e come "vuole" a seconda delle culture, delle tradizioni, delle sensibilità. Si tratta, forse, del primo tentativo che potrebbe essere seguito da altre realtà regionali.

Nella pagina iniziale c'è l'elenco di Tutti: Professori Universitari, Primari ospedalieri, Dirigenti ospedalieri, Pediatri di famiglia, Pediatri liberi professionisti, ma soprattutto **SPECIALIZZANDI** che hanno collaborato con grande passione al lavoro e che sono i principali destinatari di questo opuscolo nel quale i primi dicono a questi ultimi: "Ragazzi studiate, studiate sempre, così sbaglierete meno di quanto abbiamo fatto noi, sia pure in perfetta buona fede".
GRAZIE GIGI !

Roberto Del Gado

INDICE

ERRORI IN ALIMENTAZIONE	pag. 19
ERRORI IN ALLERGOLOGIA	pag. 29
ERRORI IN CARDIOLOGIA	pag. 39
ERRORI IN CHIRURGIA	pag. 43
ERRORI IN DERMATOLOGIA	pag. 47
ERRORI IN DIABETOLOGIA	pag. 55
ERRORI IN EMATOLOGIA	pag. 59
ERRORI IN ENDOCRINOLOGIA E AUXOLOGIA	pag. 63
ERRORI IN GASTROENTEROLOGIA	pag. 69
ERRORI IN INFETTIVOLOGIA	pag. 75
ERRORI NELL'INTERPRETAZIONE DEI DATI DI LABORATORIO	pag. 79
ERRORI IN NEFROLOGIA	pag. 87
ERRORI IN NEONATOLOGIA	pag. 93
ERRORI IN NEUROLOGIA	pag. 101
ERRORI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	pag. 111
ERRORI IN OFTALMOLOGIA	pag. 115
ERRORI IN ONCOLOGIA	pag. 121
ERRORI IN ORTOPEDIA	pag. 127
ERRORI IN OTORINOLARINGOIATRIA	pag. 131
ERRORI IN PNEUMOLOGIA	pag. 137
ERRORI NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE	pag. 143
ERRORI IN REUMATOLOGIA	pag. 147

ERRORI IN ALIMENTAZIONE

Coordinatore

Emanuele Miraglia del Giudice

Partecipanti

Carmine Brienza

Claudio Lauritano

Chiara Pascotto

Carlo Cioffi

Beatrice Lopardo

Giuseppe Perrotti

Pietro Falco

Carlo Montinaro

ALLATTAMENTO

- **ECESSIVA RIGIDITÀ NELLA PRESCRIZIONE DEGLI ORARI DELL'ALLATTAMENTO AL SENO**
 - Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta.

- **INTRODUZIONE DI LATTE ARTIFICIALE NEI NIDI PRECOCEMENTE, GIÀ NELLE PRIME ORE DI VITA**
 - Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, salvo indicazioni mediche.
 - Non dare tettarelle artificiali o ciucci durante il periodo dell'allattamento.

- **MANCATA SPIEGAZIONE DELLE MODALITÀ DELL'ALLATTAMENTO MATERNO**
 - Informare le donne già durante la gravidanza sui vantaggi e sulla conduzione dell'allattamento al seno.
 - Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno entro mezz'ora dal parto.

- **ECESSIVA RIGIDITÀ NELLA PRESCRIZIONE DELL'ALIMENTAZIONE MATERNA**
 - Nonostante gli accresciuti fabbisogni nutrizionali della donna che allatta, non vi sono motivazioni scientifiche solide per suggerire limitazioni o regole dietetiche specifiche, ad eccezione della dieta vegetariana stretta (vegan), che mette il lattante a rischio di carenza di vitamine del gruppo B, e del suggerimento di moderare l'assunzione di alcool

- **PRESCRIZIONE, AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE DAL NIDO, DI UN EVENTUALE LATTE ARTIFICIALE**

DIVEZZAMENTO

- **UTILIZZO DI UN APPROCCIO “TRADIZIONALE” E NON “EVIDENCE BASED” PER LO SVEZZAMENTO**
- **INTRODUZIONE PRECOCE DI ALIMENTI INADEGUATI PER L'ETÀ**
- **INTRODUZIONE RITARDATA DI ALIMENTI POTENZIALMENTE ALLERGIZZANTI SOPRATTUTTO NEI BAMBINI ATOPICI**
 - L'introduzione di cibi diversi dal latte materno o in formula, sia solidi che liquidi, dovrebbe avvenire non prima delle 17 settimane e non più tardi delle 26
 - Non vi sono al momento evidenze che l'esclusione o la ritardata introduzione di cibi potenzialmente allergizzanti (come pesce e uova) riduca il rischio di allergia sia nei lattanti considerati a rischio che in quelli non a rischio
 - È prudente evitare sia l'introduzione precoce (<4 mesi) che ritardata (>7mesi) del glutine e introdurlo gradualmente mentre il lattante è ancora allattato al seno
 - C'è ragione di credere che la ritardata introduzione delle arachidi, ad esempio, aumenti la prevalenza dell'allergia alle arachidi
 - Le evidenze attuali suggeriscono che la “finestra” ottimale per lo svezzamento sia tra i 4 e i 6 mesi d'età, preferibilmente mantenendo l'allattamento al seno almeno fino ai 6 mesi
- **ECCESSIVO INTAKE PROTEICO**
 - Un maggior incremento ponderale precoce è notoriamente associato a rischio di obesità nelle età successive.
 - Dati osservazionali suggeriscono che l'apporto proteico nei primi anni di vita correla con l'incremento ponderale precoce e quindi possa condizionare lo sviluppo di obesità nelle età successive.

- **SCARSA ATTENZIONE AGLI “INTERFERENTI ENDOCRINI” INTRODOTTI CON L’ALIMENTAZIONE**
- **ECESSIVA RIGIDITÀ O RITARDO NELL’INTRODUZIONE DEI CIBI SOLIDI**
- **INTRODUZIONE DEL LATTE VACCINO PRIMA DELL’ANNO DI VITA**
 - Il latte vaccino è una fonte inadeguata di ferro non dovrebbe essere utilizzato come alimento liquido principale prima dei 12 mesi, benché piccole quantità possono essere aggiunte ai cibi solidi
 - L’assunzione di latte vaccino a 9 mesi di vita risulta associata negativamente ai livelli di ferritina sierica a 12 mesi, al contrario dell’assunzione di formula di proseguimento, che presenta associazione positiva coi livelli di ferritina sierica.
 - L’allattamento al seno prolungato sembra non influenzare lo stato marziale.
- **NON DARE CONSIGLI PER LA CONSERVAZIONE ADEGUATA DEGLI ALIMENTI**

ALIMENTAZIONE DOPO IL PRIMO ANNO DI VITA

- **NON CONSIGLIARE L’UTILIZZO DEL LATTE DI CRESCITA DOPO L’ANNO DI VITA**
Argomento molto controverso
 - Se tra i 6 e i 24 mesi di vita oltre il 14% dell’introito energetico proviene dalle proteine, si innesca un meccanismo che conduce il bambino al sovrappeso indipendentemente dalla predisposizione genetica. Dati preliminari sembrano indicare un ruolo causale per le proteine del latte vaccino intero. Pertanto suggeriamo di utilizzare latte in formula adattata fino a 18-24 mesi allo scopo di mantenere l’introito proteico entro il range di sicurezza dell’ 8-12%

- L’assunzione di latte di crescita fortificato con ferro per 4 mesi in bambini di età da 1 a 3 anni è più efficace del latte vaccino nel mantenere un normale equilibrio marziale.

➤ **USO LIMITATO ED INADEGUATO DEL BMI E SCARSA VALUTAZIONE DELL’ADIPOSITY REBOUND**

Calcolo del Body Mass Index (BMI):

$$\frac{\text{Peso (espresso in Kg)}}{\text{Altezza}^2 \text{ (espressa in m)}}$$

OBESITÀ: BMI > 95° percentile

RISCHIO D’OBESITÀ: BMI tra 85° e 95° percentile

Nel 2008 si rilevava che in età scolare il 23,6% dei bambini è sovrappeso, il 12,3% obeso

- Più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per l’età
- Un Adiposity Rebound precoce (<5 anni) predispone all’obesità in età adulta.
- I soggetti del terzile con Adiposity Rebound più precoce presentano un rischio di obesità aumentato di 4 volte rispetto ai soggetti appartenenti agli altri 2 terzili (Odds Ratio 4.1)

➤ **SCARSA ATTENZIONE NEL RIDURRE L’USO DEI “SOFT DRINKS”**

- L’incremento del consumo di bevande zuccherate (soft drinks) da parte di adulti e bambini negli USA e in altri Paesi è considerato un potenziale contributo alla pandemia di obesità in corso.
- Le calorie provenienti dagli zuccheri dei soft drinks costituiscono il 15% dell’introito calorico giornaliero in vari gruppi della popolazione.
- Recentemente è emersa l’associazione tra consumo di bevande zuccherate e malattie croniche come diabete mellito tipo 2, ipertensione e coronaropatie
- Tale associazione potrebbe essere spiegata dal fatto che le bibite, seppur caloriche, non inducono adeguato senso di sazietà e condotte alimentari compensatorie

- Altra possibile spiegazione è l'utilizzo, come dolcificante, dello sciroppo di mais ad alto contenuto in fruttosio (HFCS), che stimola la lipogenesi epatica inducendo insulino-resistenza
- Diversamente dalle fonti di carboidrati ricche di fibre, le bevande zuccherate sono nutrizionalmente povere e spesso associate a consumo di snack salati e ipercalorici.
- La sostituzione nascosta di bevande zuccherate (104 kcal al giorno) con bevande sugar-free per 18 mesi ha ridotto in maniera statisticamente significativa l'incremento di peso e l'accumulo di grasso corporeo nei bambini studiati

➤ **ELIMINAZIONE CLINICAMENTE IMMOTIVATA DI ALCUNI ALIMENTI PER PAURA DI INTOLLERANZE E/O DI REAZIONI ALLERGICHE**

➤ **SCARSA ATTENZIONE AGLI APPORTI DI CALCIO E VITAMINA D**

- La copertura media del fabbisogno di calcio nella dieta dei bambini è di circa il 60%. Questa stima tende ad abbassarsi se si considerano gli individui di sesso femminile e in età adolescenziale.
- Si tratta di un aspetto piuttosto grave se si considera la criticità dell'apporto alimentare di calcio in questa fase della vita per il raggiungimento di un buon picco di massa ossea.
- Le fonti di calcio di elezione nella dieta sono latte e formaggi, seguono a molta distanza tutti gli altri alimenti.

➤ **SCARSA ATTENZIONE AD UNA ALIMENTAZIONE VARIA E NUTRIZIONALMENTE CORRETTA**

➤ **SOPRAVALUTARE LA PREOCCUPAZIONE DELLA MADRE NEI CONFRONTI DI UNA PRESUNTA MAGREZZA DEL BAMBINO**

BIBLIOGRAFIA

Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. OMS, Ginevra, 1989

Società Italiana di Neonatologia (SIN) – Commissione consultiva sulla promozione dell'allattamento materno. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 21: 91-98. 2002

Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J; ESPGHAN Committee on Nutrition Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008 Jan; 46(1):99-110.

Kneepkens CM, Brand PL. Clinical practice: Breastfeeding and the prevention of allergy. *Eur J Pediatr* 2010 Aug; 169(8): 911-7

Thorisdottir AV, Ramel A, Palsson GI, Tomasson H, Thorsdottir I. Iron status of one-year-olds and association with breast milk, cow's milk or formula in late infancy. *Eur J Nutr.* 2013 Sep;52(6):1661-8.

Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, Beyer J, Demmelmair H, Gruszfeld D, Dobrzanska A, Sengier A, Langhendries JP, Rolland Cachera MF, Grote V; European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2009 Jun;89(6):1836-45

Agostoni C, Scaglioni S, Ghisleni D, Verduci E, Giovannini M, Riva E. How much protein is safe? *Int J Obes (Lond)* 2005 Sep;29 Suppl 2:S8-13.

Maldonado Lozano J, Baró L, Ramírez-Tortosa MC, Gil F, Linde J, López-Huertas E, Boza JJ, Gil A. Intake of an iron-supplemented milk formula as a preventive measure to avoid low iron status in 1-3 year-olds. *An Pediatr (Barc).* 2007 Jun; 66(6):591-6.

O'Brien SH, Holubkov R, Reis EC. Identification, Evaluation, and Management of Obesity in an Academic Primary Care Center. *Pediatrics* 2004 Aug; 114(2):e154-9.

Ohlsson C, Lorentzon M, Norjavaara E, Kindblom JM. Age at Adiposity Rebound Is Associated with Fat Mass in Young Adult Males—The GOOD Study. *PLoS One*.;7(11):e49404

Sette S, Le Donne C, Piccinelli R, Arcella D, Turrini A, Leclercq C; INRAN-SCAI 2005-6 Study Group. The third Italian National Food Consumption Survey, INRAN-SCAI 2005-06 – Part 1: Nutrient intakes in Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2011 Dec;21(12):922-32

Caprio S. Calories from Soft Drinks — Do They Matter? *N Engl J Med*. 2012 Oct 11;367(15):1462-3.

de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MBA Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. *N Engl J Med*. 2012 Oct 11;367(15):1397-406

Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, Ludwig DS. A Randomized Trial of Sugar-Sweetened Beverages and Adolescent Body Weight. *N Engl J Med*. 2012 Oct 11;367(15):1407-16

ERRORI IN ALLERGOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore
Carlo Capristo

Partecipanti

<i>Arcangelo Carrozza</i>	<i>Mario Conte</i>	<i>Caterina D'Alfonso</i>
<i>Angela De Santis</i>	<i>Rosaria Marotta</i>	<i>Antonello Puerto</i>
<i>Francesco Saitta</i>	<i>Rossella Salzano</i>	

PRICK TEST

I motivi che portano a questo largo impiego del prick test sono legati principalmente a:

- 1) elevata efficienza o accuratezza,
- 2) semplicità di esecuzione ed interpretazione,
- 3) minima invasività tanto da renderlo ben accettabile nel bambino,
- 4) rischio quasi nullo di effetti collaterali,
- 5) costi modesti sia per il materiale utilizzato (allergeni, strumenti per prick e lettura) sia per il tempo necessario alla lettura.

➤ **ERRATA ESECUZIONE DEL PRICK TEST**

Per quanto relativamente semplice da effettuare, il Prick test richiede comunque una certa attenzione e pratica per non incorrere negli errori segnalati nella tabella sottostante

Reazioni falsamente positive	Reazioni falsamente negative
Distanza fra un test e l'altro < 2-3 cm	Mancata esecuzione (salto di goccia)
Sanguinamento	Insufficiente penetrazione dell'ago
Pressione eccessiva	Pressione troppo leggera
Trasporto di allergene da un altro Prick	Cute poco irrorata
Uso della stessa lancetta per più di un test	Malattie cutanee
Iperreattività cutanea	Estratti diluiti o scarsamente attivi

➤ **ERRORI DI INTERPRETAZIONE DEI PRICK TEST**

Un prick test positivo per un allergene non significa necessariamente che il bambino abbia dei sintomi scatenati da quell'allergene. Un paziente può essere quindi sensibile (prick test positivo con assenza di sintomi scatenati dall'allergene positivo) oppure allergico (prick test positivo con presenza di sintomi scatenati dall'allergene positivo). A seconda del particolare caso clinico (allergia respiratoria, alimentare, reazioni a farmaci, a veleno di imenotteri) il valore diagnostico del prick test cambia, e quindi per arrivare alla diagnosi può essere necessario ricorrere ad altre indagini (ad esempio dosaggio delle IgE sieriche specifiche, spirometria, rinoscopia, test di provocazione, ecc.) o alla consulenza di altri specialisti.

➤ **ERRORE NELLA SCELTA DELLA SUPERFICIE CUTANEA SU CUI ESEGUIRE IL PRICK TEST**

La scelta delle superfici cutanee utilizzate per l'esecuzione dei prick test riveste particolare importanza soprattutto ai fini della lettura del test stesso perché siti cutanei differenti presentano diversa reattività quando vengono esposti all'allergene. Pur essendo ormai nota la minore reattività cutanea della superficie volare dell'avambraccio, se paragonata alla reattività cutanea del dorso, è questa la zona più frequentemente utilizzata quando si sottopone un paziente all'esecuzione dei prick test; si tratta infatti di una zona cutanea ricca di mastociti, anche se presenta un gradiente di reattività che va via via riducendosi passando dal terzo prossimale al terzo distale, dove i mastociti sono presenti in numero ridotto.

La superficie volare dell'avambraccio viene solitamente preferita anche perché non obbliga il paziente a spogliarsi ed a sdraiarsi e permette di eseguire i test in posizione seduta, posizione che viene considerata più confortevole e meno stressante soprattutto per il bambino.

➤ **INADEGUATO INTERVALLO DI TEMPO TRA LA SOSPENSIONE DELL'ANTISTAMINICO E L'ESECUZIONE DEL PRICK TEST**

All'interno di questa classe di farmaci si ritrovano diversi composti che differiscono significativamente in termini di entità e durata dell'inibizione della risposta cutanea. In generale, le molecole classiche inibiscono la

risposta cutanea al prick test per un periodo quantificabile in 24 ore, mentre le più recenti sono indicate avere un effetto inibitorio per periodi variabili tra 3 e 10 giorni.

Il ketotifene si ritiene che possa presentare un'inibizione della risposta cutanea per 3-5 giorni.

Oltre ai preparati orali, bisogna tenere in considerazione che anche gli antistaminici per uso topico possono essere responsabili di un effetto sistemico durante il quale è ipotizzabile un'azione di inibizione a livello della risposta cutanea.

Ad esempio, nel caso dell'azelastina spray nasale, è consigliabile la sospensione del trattamento per almeno 48 ore prima di eseguire test allergometrici cutanei.

➤ **NON CONSIDERARE ALTRE INTERFERENZE FARMACOLOGICHE CON L'ESECUZIONE DEI PRICK TEST**

Tra gli altri farmaci di comune impiego nel bambino allergico, i corticosteroidi somministrati per brevi periodi di tempo non presentano alcun effetto sulla risposta cutanea all'istamina. Anche nel caso di trattamenti più prolungati è possibile eseguire correttamente i test cutanei. Tuttavia questi trattamenti possono aver un effetto sulla risposta delle mastcellule cutanee ed inoltre sono in grado di indurre alterazioni strutturali della cute stessa con possibili difficoltà di interpretazione dei risultati dei test.

Maggiore considerazione deve essere invece riservata all'impiego di preparati cortisonici per uso topico cutaneo che, è stato dimostrato, sono in grado di interferire significativamente con la risposta cutanea all'allergene.

I β_2 -stimolanti sono potenti inibitori della degranolazione mastcellulare e quindi, in linea teorica, potrebbero manifestare un'azione di inibizione della risposta ai prick test. Tuttavia sia i prodotti per uso inalatorio che quelli somministrati per via orale non avrebbero dimostrato alcuna significativa attività inibitoria sul piano clinico.

L'immunoterapia specifica iniettiva (ITS) si è dimostrata in grado di determinare una diminuzione della risposta cutanea all'allergene per il quale si esegue l'ITS stessa.

➤ **ERRATA CORRELAZIONE TRA ETÀ ED ESECUZIONE DEL PRICK TEST**

Tali test possono dare risultati attendibili a partire dal compimento del primo mese di vita quando inizia ad essere presente una certa reattività cutanea nei confronti dell'istamina. Va tuttavia sottolineato che il bambino piccolo può presentare reazioni cutanee meno evidenti rispetto al bambino nelle età successive.

La spiegazione del comportamento cutaneo in tale fascia di età è da ricercare nel minor numero di mastociti presenti a livello della cute, nel ridotto numero di recettori per le IgE espressi da tali cellule sulla superficie cellulare, ed in un diminuito rilascio dei mediatori cellulari contenuti all'interno dei mastociti cutanei.

Fino all'età di 2 anni vi è inoltre una ridotta reattività cutanea all'istamina ed una ridotta produzione di IgE sieriche, totali e specifiche, da parte dei linfociti B

La variabilità della reattività cutanea all'istamina deve pertanto essere tenuta presente quando ci si appresta ad interpretare le dimensioni del controllo positivo e in successione degli allergeni testati.

In considerazione di quanto esposto sopra, quando sottoponiamo all'esecuzione dei prick test un bambino sotto l'anno di vita bisogna tenere presente che è possibile andare incontro a risultati falsi negativi. Perciò trovandoci di fronte ad un neonato-lattante con prick negativi si deve valutare la necessità di ripetere tali test in epoca successiva nel caso di persistenza della sintomatologia allergica.

➤ **ERRORE NELLA SCELTA DEL PERIODO DELL'ANNO IN CUI PRATICARE I PRICK TEST**

Nelle pollinosi le variazioni stagionali della sintesi delle IgE specifiche (la produzione di IgE aumenta durante la stagione pollinica per poi diminuire progressivamente fino alla stagione successiva) si riflettono sulla reattività cutanea, che in alcuni soggetti può aumentare subito dopo la stagione pollinica per poi ridursi in periodo non stagionale. Questo effetto può influenzare la diagnosi in pazienti con basso livello di sensibilizzazione.

ALLERGIA E FARMACI

➤ **ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DI ADRENALINA**

La somministrazione di Adrenalina intramuscolo, da effettuarsi ai primi segni di prurito, formicolii, difficoltà respiratoria, al dosaggio di 0,01 ml/Kg (fiale 1 mg/1 ml) risulta difficoltosa per le piccole quantità di liquido necessarie (0,1 ml per un bambino di 10 Kg, 0,2 ml per 20 Kg di peso). In questo caso si può ricorrere a una siringa da tuberculina con ago lungo oppure si può diluire, portando a 10 ml con soluzione fisiologica, la fiala da 1 ml di adrenalina, iniettando poi 0,1 ml/Kg con una siringa normale.

Il Fastjekt è adrenalina autoiniettabile, indispensabile nei bambini a rischio di shock anafilattico, attualmente prescrivibile dal SSN solo su specifica ricetta dello specialista in allergologia. Può essere conservata a temperatura ambiente, come riportato nel foglietto illustrativo. E' in commercio in 2 confezioni differenti:

- FASTJEKT JUNIOR da 0,165 mg (per un bambino di peso intorno ai 16 Kg)
- FASTJEKT da 0,33 mg (per un bambino di oltre 30 Kg).

IMMUNOTERAPIA ALLERGENE-SPECIFICA (ITS)

L'immunoterapia specifica (ITS) o vaccinazione allergene-specifica consiste nella ripetuta somministrazione di estratti allergenici ad individui sensibilizzati con lo scopo di ridurre la risposta immunologica e clinica.

In relazione agli effetti immunologici indotti, l'ITS deve essere considerata come l'unico trattamento capace di agire sulle cause, e non solo sui sintomi, dell'allergia e di modificarne la storia naturale.

➤ **ERRATA O ECCESSIVA PRESCRIZIONE DI ITS**

La decisione di sottoporre un paziente a ITS deve essere presa dopo accurata valutazione clinica "caso per caso" e dopo aver stabilito una

significativa correlazione tra la sintomatologia e la sensibilizzazione documentata verso un determinato allergene.

➤ **ERRATO UTILIZZO DELL'ITS NEL POLISENSIBILIZZATO**

In caso di sensibilizzazioni multiple, l'ITS è indicata solo se si può individuare un allergene (o al massimo due allergeni) di maggiore rilevanza clinica. Manifestazioni cliniche di particolare intensità e durata non ben controllate dalla terapia farmacologia convenzionale e la possibilità di ridurre l'insorgenza di asma nei pazienti con rinite persistente severa rafforzano le indicazioni all'ITS

BIBLIOGRAFIA

Dreborg S, Frew A. Position Paper EAACI: allergen standardization and skin tests. *Allergy* 1993;48(suppl 14):49-82

Ballista e al. *Doctor Pediatría* 3 2006

Demoly P, Michel FB, Bousquet J. In vivo methods for study of allergy, skintests, techniques, and interpretation; page 430-9. In *Allergy, Principles & Practice*, vol I, edited by Middleton Elliot Jr et al., 1998, Mosby-Year Book, Inc.

Nelson HS, Knoetzer J, Bucher B. Effects of distance between sites and region of the body on results of skinpricktests. *J Allergy Clin Immunol* 1996;97:596-601.

Debelic M, Schiess W. Influence of ketotifen on IgE-mediated cutaneous test reactions. *DtschMedWochenschr* 1981;106:1704-7

Pearlman DS, Grossman J, Meltzer EO. Histamine skin test reactivity following single and multiple doses of azelastine nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;9:258-62

Johnson CE, Weiner JS, Wagner DS, McLean JA. Effect of H1- and H2-receptor blockade on the inhibition of immediate cutaneous reactions. *ClinPharm* 1984;3:60-4

Olson R, Karpink MH, Shelanski S, Atkins PC, Zweiman B. Skin reactivity to codeine and histamine during prolonged corticosteroid therapy. *J AllergyClinImmunol* 1990;86:153-9

DesRoches A, Paradis L, Bougeard YH, Godard P, Bousquet J, Chanez P. Long-term oral corticosteroid therapy does not alter the results of immediate-type allergy skin prick tests. *J AllergyClinImmunol* 1996;98:522-7

Pipkorn U, Hammarlund A, Enerback L. Prolonged treatment with topical glucocorticoids results in an inhibition of the allergen-induced weal-and-flare response and a reduction in skin mastcell numbers and histamine content. *ClinExpAllergy* 1989;19:19-25

Spector SL. Effect of a selective beta 2 adrenergic agonist and theophylline on skin test reactivity and cardiovascular parameters. *J Allergy Clin Immunol* 1979;64:23-8

Spector SL. Effect of a selective beta 2 adrenergic agonist and theophylline on skin test reactivity and cardiovascular parameters. *J Allergy Clin Immunol* 1979;64:23-8

Ménardo JL, Bousquet J, Rodière M, Astruc J, Michael FB. Skin test reactivity in infancy. *J AllergyClinImmunol* 1985; 75: 646-651

Skassa-Brociek W, Manderscheid, JC, Michael FB et al. Skin test reactivity to histamine from infancy to old age. *J AllergyClinImmunol* 1987;80:711-716

Stuckey MS, Witt CS, Schmitt LH et al. Histamine sensitivity influences reactivity to allergens. *J Allergy ClinImmunol*.1985; 77:373-376

Larché M, Akdis CA, Valenta R. Immunological mechanisms of allergen-specific immunotherapy. *NatRevImmunol* 2006;6(10):761-771

Ariano R, Berto P, Tracci D, Incorvaia C, Frati F. Pharmacoeconomics of allergen immunotherapy compared with symptomatic drug treatment in patients with allergic rhinitis and asthma. *AllergyAsthmaProc*. 2006;27(2):159-63

ERRORI IN CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Maria Giovanna Russo

Partecipanti

Antonio Campa

Maria Laurenza

Irene Celiento

Annamaria Montano

Renato Vitiello

Fiorella Fratta

Francesca Sideri

- **COMUNICAZIONE INEFFICACE IN CARDIOLOGIA PEDIATRICA**
 - **Soffio innocente**
sarebbe meglio chiamarlo “suono”, “rumore”. Una volta confermata la natura funzionale non necessita di ulteriori controlli.
 - **Difetti settali**
rappresentano più della metà delle cardiopatie congenite: non chiamarli “buchi nel cuore” ma “comunicazioni”, “passaggi”.
 - **Insufficienza delle valvole**
chiamarla “rigurgito”. La parola insufficienza indica un deficit, un malfunzionamento.

- **SOPRAVALUTAZIONE DI REPERTI NORMALI/LIEVI, PARAFISIOLOGICI**
 - **Forame ovale pervio**
presente in circa la metà dei neonati e nel 15-20% della popolazione adulta. In epoca pediatrica non necessita di controlli seriati né di restrizioni nell’attività sportiva.
 - **Rigurgiti valvolari polmonari e tricuspидali lievi**
In presenza di valvole morfologicamente normoconformate, sono reperti fisiologici in età pediatrica e non necessitano di controlli seriati.

- **IL NEONATO: SOTTOVALUTAZIONE DI REPERTI OBIETTIVI**

Importanza dei polsi femorali, che possono essere presenti nei primi giorni di vita anche in caso di coartazione aortica per la presenza di un dotto di Botallo pervio e ampio. Vi è quindi necessità di ulteriore controllo a breve termine dopo la dimissione.

- **ARITMIE: SOTTOVALUTAZIONE DATI ANAMNESTICI**

QT lungo, Sindrome di Brugada e displasia aritmogena del ventricolo destro sono patologie rare, spesso di difficile diagnosi in epoca neonatale-pediatrica. Importanza dell’anamnesi familiare (morti improvvise in famiglia) e personale (sincopi).

➤ **DIAGNOSI NELLE CARDIOPATIE GRAVI**

- **Non pensare alla possibilità di una cardiopatia**
non si trova ciò che non si cerca! E' importante conoscere la frequenza, le associazioni di una malformazione cardiaca con le possibili altre malformazioni sia cardiache (esempio: coartazione aortica e valvola aortica bicuspidale) che extracardiache (esempio: Tetralogia di Fallot e malformazioni del tratto gastroenterico)
- **Esame clinico incompleto o non accurato**
Errata attribuzione e/o interpretazione dei sintomi (per es. dispnea, ritardo nella crescita, etc)
Mancato esame dei polsi periferici
- **False sicurezze**
L'ecocardiografia strutturale fetale è normale. In epoca fetale, ovviamente, non si può escludere che dopo la nascita il dotto di Botallo o il difetto interatriale tipo forame ovale piccolo non si chiuderanno, così come esistono patologie con alta frequenza di falsi positivi e falsi negativi: ad esempio la coartazione aortica o i ritorni venosi polmonari anomali o anche i piccoli difetti interventricolari.

BIBLIOGRAFIA:

CARDIOLOGIA per studenti e medici di medicina generale- IDELSON GNOCCI

Moss & Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents: Including the Fetus and Young Adult- Eighth Edition

ERRORI IN CHIRURGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Antonio Marte

Partecipanti

Roberto Cinelli

M. Rosaria Letizia

Francesca Clarizia

Ippolito Pierucci

Renato Vitiello

Francesco Crispino

Fabio Oreste Rinaldi

- **ESCLUSIONE DEI GENITALI ESTERNI NELLA VALUTAZIONE PERIODICA DEI BAMBINI DURANTE LA FASE DI CRESCITA.**
- **RICHIESTA DI INTERVENTO TERAPEUTICO IN CASO DI VARICOCELE ASINTOMATICO E SENZA COMPLICANZE.**
 - **Indicazioni all'intervento:**
 Adolescente: varicocele sintomatico (dolore); ipotrofia testicolare =>20%
 Adulto: ipospermatogenesi; dolore
- **RITARDATO INVIO DEL PICCOLO PAZIENTE AL CHIRURGO PEDIATRA IN CASO DI TUMEFAZIONE DOLOROSA DEL TESTICOLO**
 - Ricercare il riflesso cremasterico: la presenza di tale riflesso è sempre rassicurante e depone per una forma medica.
 - La torsione del testicolo deve essere diagnosticata prontamente e prontamente inviata al chirurgo; un ritardo può compromettere l'integrità della gonade.
 - E' buona norma considerare un dolore acuto scrotale come una torsione testicolare, fino a prova contraria.
- **MANCATA DISTINZIONE TRA FIMOSI E ADERENZE BALANO PREPUZIALI**
 - Lo sguainamento precoce e brusco del prepuzio nel I anno di vita è sempre da evitare
- **CONFUSIONE TRA ERNIA INGUINO-SCROTALE E IDROCELE**
 - Praticare sempre e subito la transilluminazione: spesso può essere dirimente
 - Una ecografia ben condotta può confermare la diagnosi.
 - Attenzione: l'erniazione dell'omento produce una tumefazione indolente transilluminabile che si confonde con l'idrocele. Dubbio diagnostico che si può dirimere solo durante l'intervento.

- **DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICARE UN TESTICOLO RETRATTILE DA UNO CRIPTORCHIDE CON CONSEGUENTE RITARDO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO.**
- Palpazione del testicolo nascosto esclusivamente a livello inguinale basso/scroto e non lungo tutto il canale inguinale.

BIBLIOGRAFIA

Scandinavian Journal of Surgery 100: 196–201, 2011 - MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF ACUTE SCROTUM - E. Mäkelä, T. Lahdes-Vasama, P. Ryymin, V. Kähärä, J. Suvanto, M. Kangasniemi, A. Kaipia

The Acute Scrotum in Childhood and Adolescence - Patrick Günther and Iris Rübgen - Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2012; 109(25): 449–58

Aspiazu DA, Soares A, Roldán S, Cabello R, Gracia A, de Agustín JC. When should a patient be referred to the pediatric surgeon?. Cir Pediatr. 2012 Oct;25(4):177-81.

Proctor ML, Pastore J, Gerstle JT, Langer JC. Incidence of medical error and adverse outcomes on a pediatric general surgery service. J Pediatr Surg. 2003 Sep;38(9):1361-5.

ERRORI IN DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Nunzia Maiello

Partecipanti

Emilia Alterio

Antonella Caianello

Saverio Ferraro

Carmelina Agostinelli

Vincenzo Comune

M. Antonietta Piscopo

Elpidio Tierno

Luigi Boccia

Federico Cipolletta

Vincenzo Rinaldi

PERCORSO DIAGNOSTICO ERRATO NELLA DERMATITE ATOPICA

- **RICHIEDERE UNO SKIN PRICK TEST PER ALIMENTI A TAPPETO IN BAMBINI CON DERMATITE ATOPICA LIEVE-MODERATA**
- **CONSIGLIARE IL WORK UP ALLERGOLOGICO COMPLETO PER RICERCARE UNA SENSIBILIZZAZIONE PER ALIMENTI ANCHE NEI BAMBINI SOPRA I 12 MESI DI ETÀ**
Esso va eseguito solo nei pazienti sotto i 12 mesi di vita, con dermatite atopica moderata-grave, non responsiva a un trattamento locale “aggressivo”.
- **PRATICARE DIETE DI ELIMINAZIONE DIAGNOSTICHE SOLO SULLA SCORTA DI DATI ANAMNESTICI**
- **NON PRATICARE IL TEST DI PROVOCAZIONE ORALE (TPO) CON UN ADEGUATO FOLLOW-UP (DI 24-48 ORE) PER LA CONFERMA DIAGNOSTICA**
Il TPO rappresenta il gold standard per la diagnosi di dermatite da allergia alimentare; va eseguito in equilibrio clinico. Inoltre vanno valutate anche eventuali reazioni ritardate.

ERRORI NEL TRATTAMENTO DELLA DERMATITE ATOPICA

- **NON APPLICARE EMOLLIENTI IN GIUSTA QUANTITÀ.**
- **SOMMINISTRARE IDRATANTI CON ALLERGENI, APTENI (ES. CAMOMILLA, AVENA, GRANO) O PARABENI O TRICLOSAN**
- **NON SOMMINISTRARE TERAPIA ANTINFIAMMATORIA CON CORTICOSTEROIDI**
Essi rappresentano la chiave della terapia della dermatite atopica

- **APPLICARE LO STEROIDE SULL'IDRATANTE**
Così facendo si impedisce allo steroide di esplicare appieno la sua azione antinfiammatoria: di fatto se ne riduce la potenza.
- **UTILIZZARE GLI UNGUENTI SU SUPERFICI INFIAMMATE ED ESSUDANTI**
- **NON RICORDARE CHE A PARITÀ DI CONCENTRAZIONE DI UN CORTICOSTEROIDE TOPICO, LA FORMULAZIONE IN UNGUENTO È PIÙ POTENTE**
- **APPLICARE LO STEROIDE PIÙ VOLTE AL GIORNO**
Esso di solito si applica in monosomministrazione serale; solo nei casi refrattari si può passare alla somministrazione 2 volte al giorno
- **UTILIZZARE GLI STEROIDI FLUORATI**
Essi danno dermatite da contatto
- **INIZIARE IL TRATTAMENTO QUANDO LA DERMATITE È GIÀ MODERATA-GRAVE**
Essa va trattata ai primi sintomi.
- **LA RIACUTIZZAZIONE VA TRATTATA SUBITO CON UN CORTICOSTEROIDE DI POTENZA ADEGUATA ALLA GRAVITÀ DELLA RIACCENSIONE**
E' sbagliato aspettare alcuni giorni prima di iniziare il trattamento perché la dermatite diventa più grave e sono necessari steroidi più potenti per il suo controllo.
- **USARE CORTICOSTEROIDI IPERPOTENTI COME IL CLOBETASONE IN ETÀ PEDIATRICA**

- **NON SAPERE CHE IL PIMECROLIMUS SI USA NELLE FORME DI DERMATITE ATOPICA LIEVE-MODERATA, MENTRE IL TACROLIMUS SI USA NELLE FORME DI DERMATITE ATOPICA MODERATA-GRAVE;**
entrambi i prodotti possono indurre nei primi 3 giorni di applicazione un intenso bruciore per effetto vanilloide: tale effetto, transitorio (dura circa 3 giorni) può vanificare la terapia.
E' bene non esporre al sole i bambini in trattamento con questi farmaci
Vanno usati in concomitanza con filtri solari

- **NON SAPERE CHE IL TACROLIMUS ALLO CONCENTRAZIONE DELLO 0,1% NON È ASSOLUTAMENTE INDICATO IN ETÀ PEDIATRICA (SI PUÒ USARE DOPO I 16 ANNI)**
Non va assolutamente usato nei bambini di età inferiore a 2 anni;
Non va usato in caso di infezione cutanea in atto;
Non va usato in caso di eczema herpeticum; per entrambe queste condizioni va attuato un trattamento etiologico prima di usare questa classe di farmaci, tuttora gravati da black box
Non va adoperato per tempi prolungati

- **NON CONOSCERE LE ZONE ELETTIVE DI APPLICAZIONE DEGLI INIBITORI DELLA CALCINEURINA**
Essi sono indicati per applicazioni in regione palpebrale, al viso e collo e nelle pieghe inguinali e zona perineale dove i corticosteroidi topici hanno un assorbimento >42%

- **NON SAPERE CHE LO STAFILOCOCCO AUREO È UN IMPORTANTE FATTORE SCATENANTE DI GRAVI RIACCENSIONI DELLA DERMATITE ATOPICA**

- **NON SAPERE CHE L'ANTIBIOTICO DI SCELTA PER L'INFEZIONE DA STAFILOCOCCO AUREO È UNA CEFALOSPORINA DI SECONDA GENERAZIONE**
Spesso gli stafilococchi che colonizzano la cute affetta da dermatite atopica sono resistenti ai macrolidi, eritromicina in particolare

- **TRATTARE LA DERMATITE ATOPICA CON LA DIETA DI ELIMINAZIONE**
La dermatite atopica non va trattata con dieta di eliminazione e lo svezzamento non va ritardato.

ERRORI NELL'ORTICARIA ACUTA

- **NON RACCOGLIERE UNA ACCURATA ANAMNESI**
essa è fondamentale per la diagnosi
- **NON SAPERE CHE LA CAUSA DI ORTICARIA ACUTA PIÙ IMPORTANTE NON È L'ALLERGIA ALIMENTARE MA LE INFEZIONI**
- **ATTRIBUIRE A FARMACI LA CAUSA DI UNA ORTICARIA COMPARSA DURANTE UN PROCESSO INFETTIVO**
- **ESEGUIRE I TEST ALLERGOMETRICI IN SOGGETTI CON ORTICARIA IN ATTO E SOTTO TERAPIA ANTISTAMINICA**
Nella maggioranza dei casi non è richiesta alcuna indagine; in ogni caso se si pensa ad una allergia gli antistaminici vanno sospesi circa 7 giorni prima del test
- **CHIEDERE IN PRIMA BATTUTA LA DETERMINAZIONE DELLE IGE SPECIFICHE IN CIRCOLO PER I SINGOLI ESTRATTI ALIMENTARI**
E' sbagliato chiedere la determinazione in prima battuta delle IgE specifiche per le singole molecole, o peggio l'ISAC, dato che non abbiamo test che valutano tutte le componenti allergeniche di un singolo alimento
- **IN CASO DI TEST ALLERGOMETRICI POSITIVI NON ESEGUIRE IL TPO CON ALIMENTO SOSPETTO**
considerato il basso valore predittivo positivo di uno skin prick test positivo per un dato alimento

- **PRATICARE DI ROUTINE L'ESAME PARASSITOLOGICO DELLE FECI E LA RICERCA NELLE FECI DELL'HELICOBACTER PYLORI**
- **AFFERMARE CHE FRAGOLA, CIOCCOLATO, UOVA, FRUTTA SECCA INDUCONO ORTICARIA DA INTOLLERANZA ALIMENTARE**
- **PRESCRIVERE IN PRIMA BATTUTA, AI BAMBINI CON ORTICARIA ACUTA, UNA DIETA PRIVA DI COLORANTI, CONSERVANTI, LATTE, UOVA, PESCE, CROSTACEI**
- **NON USARE GLI ANTISTAMINICIANTI H1 DI 2° GENERAZIONE**
Essi sono cetirizina, levocetirizina, loratadina, desloratadina
Rappresentano i farmaci di prima scelta nella terapia dell'orticaria acuta
- **NON SAPERE CHE NEI CASI DI ORTICARIA RESISTENTI ALLE DOSI STANDARD DI ANTIH1 È POSSIBILE AUMENTARE LA DOSE FINO A 4 VOLTE**
meccanismo competitivo con l'istamina per il recettore
- **SOSPENDERE LA TERAPIA TROPPO PRESTO ED IN MANIERA REPENTINA**
Il dosaggio dei farmaci va scalato gradualmente
- **UTILIZZARE GLI STEROIDI SISTEMICI IN PRIMA BATTUTA**
Essi possono essere usati nei casi particolarmente gravi e solo per un breve lasso di tempo

BIBLIOGRAFIA

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11901/38559/38559.pdf>

Nunzia Maiello, Giorgio Longo, Giuseppe Baviera, Lucetta Capra, Giampaolo Ricci, Elena Galli Le Linee Guida NICE commentate e interattive A cura della Commissione Orticaria e Dermatite Atopica della SIAIP RIAIP 2011;5:2-27

Kwon J, Kim J, Cho S, Noh G, Lee SS. Characterization of food allergies in patients with atopic dermatitis *Nutr Res Pract*. 2013 Apr;7(2):115-21

Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A et al Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Sep;26(9):1176-93

Ricci G, Dondi A, Patrizi A. Useful tools for the management of atopic dermatitis *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(5):287-300.

Lucetta Capra, Giampaolo Ricci, Giuseppe Baviera, Giorgio Longo, Nunzia Maiello, Elena Galli Orticaria acuta: Linee Guida SIAIP (Compendio sinottico e commenti tratti dalle linee guida EAACI 2009) a cura della Commissione Orticaria e Dermatite Atopica della SIAIP RAIP 2012;6:19-23

Konstantinou GN, Papadopoulos NG, Tavladaki T et al Childhood acute urticaria in northern and southern Europe shows a similar epidemiological pattern and significant meteorological influences *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22(1 Pt 1):36-42

Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ et al Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective *World Allergy Organ J*. 2012 Nov;5(11):125-47

Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria *Allergy* 2009;64(10):1427-1443

Tsakok T, Du Toit G, Flohr C Pediatric urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2014 Feb;34(1):117-39

Pite H, Wedi B, Borrego LM et al Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. *Acta Derm Venereol*. 2013;4;93(5):500-8

Marrouche N, Grattan G Childhood urticaria *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012, 12:485–490

ERRORI IN DIABETOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore
Francesco Prisco

Partecipanti

<i>Lanfranco Acampora</i>	<i>Vincenzo Castaldo</i>	<i>Alessandra Cocca</i>
<i>Santino Confetto</i>	<i>Elodia Onofrio</i>	<i>Ciretta Pelliccia</i>
	<i>Alessia Piscopo</i>	

- **ERRORE NELLA DIAGNOSI DI DIABETE MELLITO**
 - **Diagnosi di Diabete Mellito**
Glicemia a digiuno (*almeno da 8h*) > 125 mg/dl
Glicemia “random” > 200 mg/dl (*indipendentemente dai pasti*)
OGTT : Glicemia > 200 mg/dl al T 120’
 - **Diagnosi di “intolleranza al glucosio”**
Glicemia a digiuno (*almeno da 8h*) tra 100 e 125 mg/dl
OGTT : Glicemia fra 141 e 199 mg/dl al T 120’

- **MANCATO RICONOSCIMENTO DELLA POLIURIA ALL’ESORDIO DI DIABETE**
Interpretata come pollachiuria dovuta ad infezione delle vie urinarie, con conseguente ritardo diagnostico.

- **MANCATA VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI GLICOSURIA**
Disporre di strisce reattive per dosare la glicosuria può essere utile in pazienti che manifestano progressiva astenia e dimagrimento o in cui la chetosi sia tanto marcata da superare quanto di norma osservato in patologie di routine.

- **DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICA IN CASO DI ESORDIO DI DIABETE ACCELERATO DA PATOLOGIE COESISTENTI**
Esordio di diabete caratterizzato da dolore addominale
Il dolore può essere espressione di una patologia primaria che ha accelerato l'esordio del diabete (es. appendicite acuta) o, al contrario, essere conseguenza del diabete stesso. In tali casi il dolore può essere effetto della chetosi o della coesistenza di interessamento del pancreas esocrino (fenomeno a patogenesi ignota ma relativamente frequente). E’ opportuno valutare sempre, in corso di chetoacidosi, i livelli plasmatici di amilasi e lipasi.

- **ERRORI TERAPEUTICI PIÙ FREQUENTI IN PRONTO SOCCORSO**
 - **Somministrazione di bicarbonato per correggere l’acidosi**
Tale pratica comporta aumentato rischio di edema cerebrale. Se il pH ematico è < 7 è prevista la somministrazione lenta di piccole quantità di bicarbonato e.v. da effettuarsi in ambiente esperto.

- **Correzione troppo rapida dell'iperglicemia**
Essa può improvvisamente modificare l'equilibrio osmotico precedentemente creatosi fra iperosmolarità plasmatica (da iperglicemia) e compenso osmolare delle cellule del SNC. L'improvvisa riduzione dell'osmolarità plasmatica, infatti, senza una altrettanto rapida riduzione dell'osmolarità nel SNC può indurre edema cerebrale
- **Errata valutazione del respiro di Kussmaul**
Il respiro di Kussmaul è un fenomeno di compenso tendente ad espellere valenze acide con il respiro sotto forma di acqua ed anidride carbonica. E' spesso presente nelle gravi chetoacidosi ed è talvolta erroneamente diagnosticato come processo respiratorio, il che può indurre all'incongrua somministrazione di cortisonici ed a ritardo nella diagnosi di diabete.

➤ **ERRORI FREQUENTI NELLA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO**

- **Sospensione della terapia insulinica in corso di patologia intercorrente**
In caso di processi intercorrenti, durante i quali il paziente riduce spesso l'apporto alimentare, la terapia non va sospesa ma modificata in base a controlli glicemici regolari e frequenti per evitare l'insorgere di chetoacidosi
- **Somministrazione inappropriata di cortisonici come terapia di affezioni febbrili**
Essa può provocare inutile aumento della glicemia
- **Demonizzazione della somministrazione di cortisonici**
I cortisonici vanno somministrati se necessario, eventualmente modificando temporaneamente la dose di insulina.

BIBLIOGRAFIA

ADA Expert Committee Diabetes Care - Vol 36, Suppl 1, 2014

ERRORI IN EMATOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore
Sofia Matarese

Partecipanti

Giovanni Amendola Fabrizio Bertocco Luigi Cantelli
Michele Lo Mastro Raffaella Nocerino Iolanda R. Schiavone

- **ERRORE D'INTERPRETAZIONE DELL'ESAME EMOCROMOCITOMETRICO**
 - Lettura critica del dato numerico: è necessario l'utilizzo dei percentili per età e sesso.
 - Attenzione agli “errori” dei contaglobuli elettronici: richiedere, nel dubbio, la valutazione dello striscio di sangue al microscopio.
 - Valutare il coinvolgimento di una o più linee cellulari e tutti i parametri offerti dai moderni contaglobuli compresi i citogrammi e gli istogrammi.
 - Considerare i reticolociti in valore assoluto.

- **ERRORE NEL DIAGNOSTICARE E GESTIRE L'ANEMIA SIDEROPENICA**
 - Necessità di avere tre parametri laboratoristici per definire lo stato di carenza marziale (sideremia – transferrina – ferritina)
 - Importanza del calcolo dell'indice di saturazione della transferrina (Sideremia/Transferrina Libera x 1,3) x 100
 - Ricerca della causa responsabile della carenza marziale.

- **ERRORE NEL SOTTOVALUTARE UNA MICROCITEMIA ED EMOGLOBINOPATIE NON MICROCITEMICHE**
 - Non sempre il portatore di trait talassemico è microcitemico (α -tal con un solo gene non funzionante, β -tal silente, HbS)
 - Il portatore di HbS è sempre normocitemico
 - Importanza di riconoscere il portatore di HbS, anche in visione dei flussi migratori che fanno registrare in Italia una maggior frequenza di questa emoglobinopatia.
 - Importanza nel valutare sintomi clinici riconducibili a fenomeni VOC in pazienti con omozigosi HbS/HbS o con doppia eterozigosi HbS/ β -tal.

BIBLIOGRAFIA

Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood, 7th Edition 2009

Wright JG, Hambleton IR, Thomas PW, Duncan ND, Venugopal S, Serjeant GR. Postsplenectomy

Course in homozygous sickle cell disease. J Pediatr 1999;134:304-9.

Owusu-Ofori S, Hirst C. Splenectomy versus conservative management for acute sequestration crises in people with sickle cell disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003425. DOI: 10.1002/14651858.CD003425.

Thalassaemia International Federation. Guidelines for clinical management of thalassaemia 2nd edition. November 2008.

Ruivard M. Iron deficiency without anemia. Rev Med Interne 2012;33(Suppl 1):S19-20.

Clark SF. Iron deficiency anemia: diagnosis and management. Curr Opin Gastroenterol 2009;25:122-8

Rockey DC. Occult and obscure gastrointestinal bleeding: causes and clinical management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2010;7:265-79.

ERRORI IN ENDOCRINOLOGIA ED AUXOLOGIA

Coordinatore
Anna Grandone

Partecipanti

Nicola Campagnano *Grazia Cantelmi* *Pasquale Femiano*
Pierluigi Marzullo *Raffaella Nacca* *Ciro Prezioso*

AUXOLOGIA

- **MANCATO O ERRATO UTILIZZO DELLE CURVE DI CRESCITA**
utilizzare le curve “WHO Child Growth Standards” almeno fino a 2 anni, invece delle CDC Growth Charts

- **SCARSO UTILIZZO DEL TARGET GENETICO**
Per M: $\frac{\text{statura padre} + (\text{statura madre} + 13)}{2} \pm 8,5$
Per F: $\frac{\text{statura madre} + (\text{statura padre} - 13)}{2} \pm 8,5$

- **OSSERVARE PER UN TEMPO LIMITATO IL BAMBINO CON BASSA STATURA**
Il bambino con bassa statura va osservato per periodi prolungati (>1 anno) facendo attenzione ad altre patologie non endocrine.

- **VALUTAZIONE NON STANDARDIZZATA DELL'ETÀ OSSEA**
 - L'esame va valutato sempre dallo stesso operatore
 - Utilizzare le tavole di Tanner-Whitehouse rispetto alle pur valide tavole di Greulich and Pyle

- **SUPPLEMENTAZIONI VITAMINICHE NELLA BASSA STATURA**
E' una pratica inutile

PUBERTÀ

- **MANCATA DEFINIZIONE DEI LIMITI DI ETÀ CHIARI PER PRECOCITÀ E RITARDO.**
 - **Femmine:** 8-13 anni. Età media di sviluppo 11 anni
Quando preoccuparsi?
Comparsa di bottone mammario prima di 8 anni

Assenza di telarca dopo i 13 anni

- **Maschi:** 9-14 anni. Età media di sviluppo 11 anni

Quando preoccuparsi?

Volume testicoli > 4 ml prima dei 9 anni (raro)

Volume testicoli < 4 ml dopo i 14 anni

➤ **RITARDO PUBERALE: CONSULTO RITARDATO NELLA FEMMINA ED ANTICIPATO NEL MASCHIO**

Per le femmine consultare il pediatra in caso di assenza di telarca dopo i 13 anni

Per i maschi consultare il pediatra se il volume testicolare è <4 ml dopo i 14 anni

➤ **MANCATA DISTINZIONE TRA PUBERTÀ PRECOCE ED ANTICIPATA NELLE FEMMINE**

Vanno valutati fattori come la familiarità, l'obesità

La pubertà precoce vera consiste nella prematura attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi nelle femmine prima degli 8 anni

La pubertà anticipata consiste nell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi nelle femmine prima dei 9 anni

➤ **DIAGNOSI IMPROPRIA DI MICROPENE E/O RITARDO NEL CONSULTO PER I CASI VERI.**

Negli obesi non vengono utilizzati i centili di riferimento

Nel maschio in sovrappeso il pene può risultare sepolto è cioè nascosto nella zona pubica riducendo così la propria lunghezza.

La causa è l'eccedenza di tessuto adiposo in regione pubica.

TIROIDE

➤ **DOSAGGIO ORMONI TIROIDEI IN BAMBINI OBESI SENZA ALTRI SEGNI CLINICI**

➤ **PRATICARE LO SCREENING PER L'IPOTIROIDISMO CONGENITO PRIMA DELLE 72 ORE**

C'è la possibilità di ottenere dei risultati falsati

➤ **TRATTAMENTO DELL'IPOTIROIDISMO SUBCLINICO**

Richiedere esami di laboratorio, osservare nel tempo, utile l'esecuzione di un'ecografia, cercando di definire le cause eziologiche.

BIBLIOGRAFIA

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Growth velocity based on weight, length and head circumference: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2009 (242 pages).

New England Journal of medicine Delayed Puberty Mark R. Palmert, M.D., Ph.D., and Leo Dunkel, M.D., Ph.D. n engl j med 366;5 february 2, 2012

Hormone reserch PalmertJean-Claude Carel, Erica A. Eugster, Alan Rogol, Lucia Ghizzoni and Mark R.Children Consensus Statement on the Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs *Pediatrics* 2009;123:e752;

Age at menarche and its association with the metabolic syndrome and its components; results from KORA F4 study PLoS One. 2011;6(10):e26076. doi: 10.1371/journal.pone.0026076. Epub 2011 Oct 18

Role of pelvic ultrasound in girls with precocious puberty.de Vries L, Phillip M. Hormone Research Paediatric. 2011 Feb;75(2):148-52

Tsang S. When size matters: a clinical review of pathological micropenis J Pediatr Helath Care 2010 Jul-Aug;24(4):231-40. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.05.001. Epub 2009 Jul 23.

ERRORI IN GASTROENTEROLOGIA

Coordinatore

Carlo Tolone

Partecipanti

Gianluca Della Rotonda

Pietro Speranza

Basilio Malamisura

Rosanna Squitieri

Valeria Pellino

Margherita Piccirillo

Massimo Ummarino

CELIACHIA

- **PORRE DIAGNOSI DI CELIACHIA ED INIZIARE DIETA AGLUTINATA SOLO SULLA BASE DELLA POSITIVITÀ DEGLI AGA IGG**
- **INIZIARE DIETA AGLUTINATA SOLO SULLA SCORTA DI VALORI LIEVEMENTE POSITIVI DEGLI ANTITG**
- **ESCLUSIONE DELLA DIAGNOSI DI CELIACHIA SOLO SULLA BASE DELLA NEGATIVITÀ DELLE ANTITG IGA IN BAMBINI DI ETÀ INFERIORE AI 3 ANNI**
- **ESCLUSIONE DELLA DIAGNOSI DI CELIACHIA IN RAPPORTO ALLA NORMALE CRESCITA STATURO-PONDERALE E/O ALL'ASSENZA DI SINTOMATOLOGIA GASTROENTERICA**
- **CONSIDERARE GUARITA UNA PERSONA CHE ASSUME PERIODICAMENTE GLUTINE SENZA PRESENTARE SINTOMI ANCHE A DISTANZA DI ANNI**
- **ESSERE SICURI CHE LA NEGATIVITÀ DEGLI ANTICORPI SPECIFICI ESCLUDE LA POSSIBILITÀ DI SVILUPPARE LA CELIACHIA IN FUTURO**
- **CONSIDERARE OBBLIGATORIO IL CHALLENGE CON GLUTINE**
- **TERRORIZZARE I GENITORI SULLA GESTIONE DELLE CONTAMINAZIONI, PUR TENENDO CONTO CHE LA DIETA AGLUTINATA DEVE ESSERE COMUNQUE RIGIDA E CONTINUA**

STIPSI

- **SOTTOVALUTARE IL SINTOMO STIPSI**
- **UTILIZZARE ABITUALMENTE CLISTERI DI PULIZIA**

- **EFFETTUARE TERAPIA AD UN DOSAGGIO INADEGUATO E SENZA PRECEDENTE RISOLUZIONE DELL'IMPATTO FECALE**
- **SOSPENSIONE DELLA TERAPIA SENZA PROGRESSIVA RIDUZIONE DEL DOSAGGIO**
- **SOTTOVALUTARE L'IMPORTANZA DELLA CORRETTA ALIMENTAZIONE E DELL'ADEGUATA TOILETTE TRAINING**
- **ATTRIBUIRE LA RETTORRAGIA ALLA PRESENZA DI EVENTUALI RAGADI SENZA NECESSARIO APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO**
- **MANCATO TRATTAMENTO DI EVENTUALI RAGADI AD INIZIO TERAPIA**

INFEZIONE DA HELICOBACTER PYLORI

- **EFFETTUARE TERAPIA CON INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP) IN PAZIENTI CON FAMILIARITÀ POSITIVA PER H.P. SENZA OPPORTUNO APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO**
- **PRATICARE TERAPIA ERADICANTE PER H.P. SOLO SULLA SCORTA DELLA POSITIVITÀ DELL'ANTIGENE FECALE**

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

- **CONSIDERARE IL PIANTO DEL LATTANTE SEMPRE ESPRESSIONE DI REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO, INSTAURANDO TERAPIA CON RANITIDINA E/O INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA (IPP) SULLA SCORTA DI QUESTO UNICO SINTOMO**

- **TRATTARE IL SINTOMO VOMITO NEL LATTANTE CON IPP SENZA OPPORTUNO APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO**
- **UTILIZZO DELL'ECOGRAFIA PER LA DIAGNOSI DI REFLUSSO**
- **UTILIZZO INAPPROPRIATO DI ALCUNI FARMACI, QUALI IL DOMPERIDONE, PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO**
- **UTILIZZARE IPP PER UN PERIODO BREVE IN BAMBINO CON PRECEDENTE GERD ED IN TRATTAMENTO CON FARMACI POTENZIALMENTE GASTROLESIVI**
- **INTERRUZIONE IMPROVVISA DELLA TERAPIA CON IPP, SENZA PROGRESSIVA RIDUZIONE**

DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI (DAR)

- **ATTRIBUIRE I DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI ESCLUSIVAMENTE A FATTORI PSICOLOGICI**
- **NON INDAGARE SULLE ABITUDINI ALIMENTARI ED EVACUATIVE NEI BAMBINI CON DAR**
- **RITENERE SEMPRE INDISPENSABILE LA PRESENZA DEI COSIDDETTI SEGNI DI ALLARME PRIMA DI EFFETTUARE APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO IN CASO DI DAR**
- **PRATICARE DIETE DI ELIMINAZIONE, SOPRATTUTTO PER LUNGHI PERIODI, IN ASSENZA DI ADEGUATA DIAGNOSI**

- **TRATTAMENTO INAPPROPRIATO CON ACIDO URSODESOSSICOLICO SENZA APPROFONDIRE LA NATURA DEL CALCOLO BILIARE E LA SUA REALE CORRELAZIONE CON LA SINTOMATOLOGIA ALGICA ADDOMINALE**

BIBLIOGRAFIA

Kakar S. et al, Significance of intraepithelial lymphocytosis in small bowel biopsy samples with normal mucosal architecture. *Am J Gastroenterol.* 2003 Sep;98(9):2027-33.

Jarvinen TT et al, Intraepithelial lymphocytes in celiac disease *Am J Gastroenterol.* 2003 Jun;98(6):1332-7.

Jarvinen TT et al, Villous tip intraepithelial lymphocytes as markers of early-stage coeliac disease. *Scand J Gastroenterol.* 2004 May;39(5):428-33.

Salmi et al, Immunoglobulin A autoantibodies against transglutaminase 2 in the small intestinal mucosa predict forthcoming coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24, 541-552.

Roma E et al. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J Pediatr gastroenterol Nutr* 1999;28(2):168-174.

Van Ginkel R et al. Childhood constipation. Longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003;125:357-63.

Rowland M et al. How should *Helicobacter pylori* infected children be managed? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31:490-97.

Koletzko S et al. *H pylori* Working Groups of ESPGHAN and NASPGHAN. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:230-43

ERRORI IN INFETTIVOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Ivan Sagnelli

Partecipanti

Milena Capasso

Serena Citarella

Daniele De Brasi

Valentina Iannaccone

Luigi Martemucci

Felice Nunziata

Paolo Siani

Alfonso Vescuso

- **USO IMPROPRIO DEGLI ANTIBIOTICI NELLE AFFEZIONI VIRALI**
è necessaria un'anamnesi accurata e un attento esame obiettivo ed eventualmente l'utilizzo di test rapidi (tampone faringeo, stick urinario) che possano indirizzare a una corretta diagnosi e ad una corretta terapia

- **DURATA DEL TRATTAMENTO ANTIBIOTICO E IDONEA SCELTA DEL FARMACO**
è necessaria una scelta adeguata dell'antibiotico e una corretta durata del trattamento

- **ECESSIVO UTILIZZO DI CORTISONICI NELLE AFFEZIONI FEBBRILI E RESPIRATORIE**
errore molto frequente

- **MANCATA SEGNALAZIONE DEI CASI DI MALATTIE INFETTIVE**
è obbligatorio e necessario segnalare i casi di patologie infettive; quelle di minore importanza vengono meno frequentemente segnalate al territorio. La diagnosi precoce, anche al solo sospetto clinico, deve portare alla denuncia immediata del caso clinico per:
 - Intervenire prima terapeutamente.
 - Permettere di prevenire la diffusione delle malattie.
 - Poter istituire precocemente le opportune strategie di profilassi generali e specifiche.

PRATICA DELLE VACCINAZIONI

- **NON CONSIGLIARE LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE**
Si è concordi sulla pratica delle vaccinazioni obbligatorie e su quelle fortemente consigliate. Si sottolinea che una frangia di pediatri (seppur piccola) non consiglia le vaccinazioni raccomandate

- **SCONSIGLIARE LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO IN CASO DI PATOLOGIE MINORI**
Questa costituisce una falsa controindicazione

➤ **PRATICARE LE VACCINAZIONI IN AMBIENTE NON PROTETTO IN TUTTI I CASI DI ANAMNESI NEGATIVA PER REAZIONI ALLERGICHE GRAVI AL VACCINO**

indicazione assoluta alla vaccinazione in ambiente protetto è costituita da qualunque tipo di anafilassi indipendentemente dall'allergene che l'ha provocata.

BIBLIOGRAFIA

CDC Atlanta – Careful Antibiotic Use: cough illness in well-appearing child: Antibiotics are not the answer

James JM, Zeiger RS, Lester MR, Fasano MB, Gern JE, Mansfield LE, Schwartz HJ, Sampson HA, Windom HH, Machtinger SB, Lensing S. - Safe administration of influenza vaccine to patients with egg allergy. - J Pediatr. 1998 Nov;133(5):624-8.

Articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie: denuncia di malattia infettiva come obbligo di legge

ERRORI NELLA INTERPRETAZIONE DEI DATI DI LABORATORIO

Coordinatore

Francesca Rossi

Partecipanti

Francesco Barbato

Federica Gallicola

Anna Maietta

Ornella Caputo

Silvia Lama

Letizia Molfetta

Filomena Della Rocca

Roberto Liguori

ERRORI PRE-ANALITICI

Sono quegli errori imputabili a comportamenti che precedono l'esecuzione della prova di laboratorio

- **RICHIESTA DELL'INDAGINE DI LABORATORIO INAPPROPRIATA**
- **ERRORI NELLA MODALITÀ DI RACCOLTA DI EVENTUALI CAMPIONI A DOMICILIO**
 - Le feci vanno conservate in frigo per massimo 24 ore per poter praticare la ricerca di eventuale sangue occulto nelle feci o indagini colturali come coprocultura ed esame parassitologico.
 - Non bisogna far venire a contatto il campione con la luce nel caso si voglia determinare la presenza della calprotectina fecale nel sospetto di MICI
- **ERRORI RIGUARDO DIETA E NORME IGIENICHE DA SEGUIRE NEI GIORNI PRECEDENTI IL PRELIEVO**

Per la raccolta delle urine delle 24 ore per la ricerca delle catecolamine urinarie, occorre eseguire una dieta nei tre giorni precedenti priva di: banane, thè, caffè, noci, ananas.
- **ERRORI CIRCA DOSI E TEMPI DI ASSUNZIONE DI EVENTUALI FARMACI**
 - evitare l'assunzione di FANS 12 ore prima di esami volti ad indagare la funzionalità piastrinica e la cascata coagulativa
 - alcuni farmaci possono determinare alterazioni nel colore delle urine: la riboflavina può dare una colorazione delle urine verdastra; la rifampicina può dare una falsa ematuria; la melanina e la metildopa possono colorare le urine di un colore rosso scuro, quasi nero.
- **ERRORI NELLA SCELTA APPROPRIATA DEL CAMPIONE O DEL MOMENTO DEL PRELIEVO**

Ad esempio nel sospetto di infezione da Salmonella typhi la coprocultura deve essere richiesta nei primi dieci giorni di malattia, mentre l'emocultura

nei giorni successivi.

➤ **CONSEGNARE IN RITARDO I CAMPIONI AL LABORATORIO**

- spesso si possono avere delle piastrinopenie false EDTA dipendenti. Ciò accade perché la conta piastrinica deve essere letta subito dopo il prelievo, quando è utilizzato l'EDTA come anticoagulante, per evitare che si abbia la formazione di aggregati piastrinici: pseudopiastrinopenia da EDTA.
- per l'esame chimico fisico delle urine: il campione deve essere analizzato entro 2 ore , perché molte componenti rimangono stabili per questo periodo. Se non vi è tale possibilità, il campione andrebbe refrigerato.
- l'urinocoltura va inviata entro un'ora. Col passare delle ore infatti, i batteri ed i lieviti iniziano a moltiplicarsi rapidamente. I batteri ureasici producono NH₃ che aumenta il pH; utilizzano glucosio diminuendone la concentrazione; i cilindri e le cellule si deteriorano ed avvengono modificazioni chimico-fisiche come la degradazione di bilirubina e urobilinogeno, la formazione di cristalli e sedimenti amorfi;

➤ **RICHIESTA DEGLI ESAMI NON MIRATA PER UN SOSPETTO DIAGNOSTICO**

Non ha senso chiedere un semplice esame colturale, ma va mirato in base al sospetto clinico per evitare falsi risultati. E' fondamentale dunque da questo punto di vista, per diminuire gli errori pre analitici, migliorare la comunicazione tra clinico e biologo di laboratorio.

➤ **ETICHETTATURA MANCANTE O ERRATA O ILLEGGIBILE**

➤ **INVIO A DESTINAZIONI DIVERSE DAL LABORATORIO**

ERRORI ANALITICI

➤ **NON ADERENZA ALLA BUONA PRATICA DI LABORATORIO**

Si verificano quando si ha inosservanza degli standard di qualità.

ERRORI POST-ANALITICI

Essi derivano da una scorretta interpretazione da parte del clinico.

- **NON PRATICARE UNA ACCORTA ANAMNESI ED UN ATTENTO ESAME OBIETTIVO PRIMA DELLA RICHIESTA DI QUALSIASI INDAGINE DI LABORATORIO**
 - Basti pensare a come, ad esempio, negli adolescenti una improvvisa poliglobulia possa essere sequela dell'abitudine al fumo di sigaretta più che ad una patologia organica.
 - Così tutte le condizioni in grado di aumentare le resistenze osmotiche come lo stato di portatore di beta trait o la persistenza di emoglobina fetale possono dare al pink test per la diagnostica della sferocitosi ereditaria un falso negativo.
 - Nei soggetti splenectomizzati o affetti da patologie caratterizzate da una eritropoiesi inefficace come le talassemie si può avere spesso all'emocromo una intensa neutrofilia che in realtà è un falso negativo; deriva soltanto da un aumento nel circolo periferico di eritroblasti ortocromatici visibili poi alla valutazione microscopica.
 - Attenzione anche alle pseudo piastrinosi. Spesso infatti i microciti (presenti magari in caso di carenza di ferro o nei portatori di trait talassemico) vengono letti dal contaglobuli come piastrine.
 - All'opposto, invece, una microcitemia può mascherare una piastrinopenia. Per cui la cosa fondamentale che deve sempre guidare è l'esame obiettivo del paziente.

- **TRATTARE IL TAS ELEVATO QUANDO È UN DATO ISOLATO**
Considerare sempre la clinica e il tampone faringeo

- **MANCATA LETTURA ED INTERPRETAZIONE DEGLI ESAMI DI LABORATORIO IN BASE AI PERCENTILI PER ETÀ**
Per i bambini infatti vi sono valori differenti in base all'età ed in base al sesso. Questo riguarda tutti i valori dell'esame emocromocitometrico

(piastrine escluse che sono normali se superiori alle 150.000 in qualsiasi fascia d'età); le Ig sieriche, le transaminasi, la fosfatasi alcalina.

Così si può porre errata diagnosi di neutropenia: essa nel lattante è definita da neutrofili $<1.000/\text{mmc}$, mentre dopo l'anno di vita se i neutrofili sono $<1500/\text{mmc}$

➤ **NON TENER CONTO DEI CUT-OFF DIFFERENTI IN BASE ALL'ETNIA**

La conta dei neutrofili nella popolazione caucasica ha un limite inferiore pari a 1500 dopo l'anno di vita, mentre negli afro americani è pari a 1000. Per cui in questa popolazione si ha quella che viene definita una neutropenia etnica fisiologica.

➤ **NON CONSIDERARE ALCUNI PARAMETRI CLINICI NELLA INTERPRETAZIONE DEGLI ESAMI DI LABORATORIO**

La VES è aumentata nei soggetti anemici, ma non perché vi sia infiammazione, bensì perché essa è inversamente proporzionale all'ematocrito. Inoltre la VES può risultare elevata nella chetoacidosi diabetica, ma solo come conseguenza dell'iperglicemia. Così come pure vi sono delle situazioni in cui l'ematocrito è aumentato dando un quadro di poliglobulia nei soggetti disidratati, a causa dell'emoconcentrazione che ne deriva.

➤ **NON CONSIDERARE CHE ALCUNI PARAMETRI DI LABORATORIO SONO DA CONSIDERARSI PATOLOGICI SOLO SE SUPERANO DETERMINATI CUT-OFF**

E' il caso del CPK, enzima muscolare che deve essere inquadrato e considerato patologico solo se superiore di 10 volte il valore normale. Fondamentale è poi considerare il fatto che tale valore nel neonato è fisiologicamente aumentato fino a 10 volte. Nella interpretazione corretta di una iperCPKemia è importante condurre una accurata anamnesi per escludere precedenti traumi muscolari o assunzione di farmaci.

➤ **VALUTARE L'EVENTUALE STATO DI PORTATORE DI BETA TRAIT IN CASO DI ASSETTO MARZIALE NON NELLA NORMA**

In caso di carenza marziale, infatti, si potrebbero avere dei falsi negativi.

➤ **NON CONSIDERARE SEMPRE TUTTI E TRE I PARAMETRI NELLA VALUTAZIONE DELL'ASSETTO MARZIALE**

Vanno sempre considerate sideremia, ferritina, transferrina per una corretta valutazione dell'assetto marziale.

BIBLIOGRAFIA

Simon L, Gauvin F, Smre DK et al. Serum procalcitonin and C reactive protein levels as a marker of bacterial infection: a sistematic review and meta-analysis. Clin. Infect Dis 2004, 39:206-17

ERRORI IN NEFROLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Roberto Del Gado

Partecipanti

Riccardo Martinelli Carmine Pecoraro Rosa Pizza
Antonio Scialdone Silvana Strianese

GENERALI

- **NON STRESSARE LA FAMILIARITÀ**
- **NON CONSIDERARE LA POSSIBILITÀ DI UN ORIGINE RENALE NEI CASI DI SCARSO ACCRESCIMENTO**
- **NON CONSIDERARE LA POLIURIA COME SEGNALE PRECOCE DI NEFRO- O TUBULO-PATIA**
- **NON OSSERVARE IL MITTO URINARIO**
Per escludere valvole dell'uretra posteriore
- **NON MISURARE LA PRESSIONE ARTERIOSA O MISURAZIONE FATTA CON BRACCIALE DI DIMENSIONE NON ADEGUATA**
- **NON DISTINGUERE LE SCARICHE DI URATI NEL LATTANTE E CONFONDERLE CON EMATURIA**

ERRORI RELATIVI ALL'ESAME DELLE URINE

- **INADEGUATA RACCOLTA DEL CAMPIONE**
- **DESCRIZIONE NUMERICA E NON MORFOLOGICA DEGLI ELEMENTI CORPUSCOLATI NEL SEDIMENTO URINARIO**
- **PROTEINURIA IN TRACCE NON DEFINITA CON DOSAGGIO QUANTITATIVO**
Va valutato il rapporto Uprot/Ucreat
- **COLORE TORBIDO NEL BAMBINO SEMPRE INTERPRETATO COME PATOLOGICO**
Una causa possibile è ad esempio la precipitazione di fosfati, che è normale nel lattante

IVU

ERRORI DIAGNOSTICI:

- **RACCOLTA DEL CAMPIONE INADEGUATA**
- **ESEGUIRE SOLO L'URINOCULTURA NON ACCOMPAGNATA DA ESAME URINE SULLO STESSO CAMPIONE**
- **MANCATO UTILIZZO DEL DIPSTICK SU URINE A FRESCO IN AMBULATORIO**
- **CATTIVA INTERPRETAZIONE DEI SINTOMI**

ERRORI TERAPEUTICI:

- **DURATA INAPPROPRIATA DELL'ANTIBIOTICO TERAPIA**
troppo breve in IVU alte, troppo lunga in IVU basse
- **TERAPIE ANTIBIOTICHE DI ASSOCIAZIONE**
- **TERAPIA ANTIBIOTICA SOMMINISTRATA PER VIA PARENTERALE QUANDO NON NECESSARIO**
- **INIZIO DI ANTIBIOTICOTERAPIA IN PRESENZA DI FEBBRE SENZA ALTRI SINTOMI E PRIMA DI RACCOLTA URINARIA DIAGNOSTICA**

ERRORI NELLE GLOMERULOPATIE

- **EDEMA PALPEBRALE NELLA SINDROME NEFROSICA O NELLA GLOMERULONEFRITE INTERPRETATA COME DI NATURA ALLERGICA**
- **SOMMINISTRAZIONE DI CORTISONICO DIVERSO DAL PREDNISONE NELLA SINDROME NEFROSICA E SECONDO "SCHEMI PERSONALI"**
- **SOMMINISTRAZIONE DI CORTISONICI E/O ANTIBIOTICI NELLA GLOMERULONEFRITE ACUTA POSTINFETTIVA**

ERRORI IN DIAGNOSTICA ECOGRAFICA

- **PARAMETRI DI MISURAZIONE ESPRESSI NON IN NUMERI MA CON AGGETTIVAZIONE CONFONDENTE**
- **PIELECTASIA PRENATALE TROPPO SPESSO INTERPRETATA COME NORMALE O AUTORISOLVENTESI**
- **VALUTAZIONE POST NATALE DI PIELECTASIE LIEVI-MODERATE FATTA PRIMA DEI DIECI GIORNI DI VITA**
Esiste il rischio di considerarle risolte e/o scomparse a causa della fisiologica disidratazione in tale epoca
- **VALUTAZIONE ECOGRAFICA DI APPARATO URINARIO INCOMPLETA PER MANCATA MISURAZIONE DEI PARAMETRI**
Mancata misurazione del diametro antero-posteriore della pelvi renale a vescica vuota
- **ASPETTO ECOGRAFICO DEL RENE TIPICO DEL NEONATO ERRONEAMENTE INTERPRETATO COME CISTICO**

ERRORI NELLA VALUTAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

- **MISURAZIONE CON BRACCIALE DI MISURA NON ADEGUATA**
- **MANCATA CORRELAZIONE TRA OBESITÀ ED IPERTENSIONE**
- **PRESSIONE ARTERIOSA NON VALUTATA IN FUNZIONE DI ETÀ, SESSO ED ALTEZZA**
- **MANCATA VALUTAZIONE CON RIFERIMENTO AI PERCENTILI**

BIBLIOGRAFIA

Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N. – Pediatric Nephrology – 6th ed. 2009

Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, Fanos V, La Manna A, Marra G, Materassi M, Pecile P, Pennesi M, Pisanello L, Sica F, Toffolo A, Montini G. – Febrile urinary tract infections in young children: recommendation for the diagnosis, treatment and follow-up – Acta Paediatr, 2012 May;101(5):451-7

ERRORI IN NEONATOLOGIA

Coordinatore

Attilio Romano

Partecipanti

Ivano Belfiore

Thajlilia Gagliardo

Michele Panico

Giuseppe Bianco

Giulio Liberatore

Roberta Romano

Concetta Fusco

Francesco Messina

Gennaro Vetrano

➤ **NON FAVORIRE IL CONTATTO NEONATO-MADRE SUBITO DOPO LA NASCITA**

Il semplice sentire il calore, l'odore, il battito del cuore, il respiro influisce sullo sviluppo cardio-respiratorio, sull'ossigenazione del sangue, sulla regolazione termica e sulla conseguente intensificazione dello sviluppo generale.

Queste fondamentali rassicuranti esperienze servono anche a rafforzare il sentimento di autostima: la percezione dell'identità da parte del piccolo nasce proprio dall'esperienza di contatto corporeo, che gli fa percepire meglio se stesso e l'altro.

➤ **NON PRATICARE IL ROOMING-IN**

L'organizzazione del rooming-in serve a prolungare questo contatto anche nelle ore e nei giorni successivi al parto

Inoltre la madre può allattare il piccolo ogni qualvolta questi lo richieda facilitando così la montata lattea

➤ **INTERPRETARE IL PIANTO UNICAMENTE COME SEGNO DI SOFFERENZA O MALESSERE**

Il neonato, come ogni individuo, esprime le sue esigenze ed i suoi sentimenti e lo fa, anche e soprattutto, attraverso il pianto. Esso rappresenta, quindi, la prima fonte di comunicazione e va evitato di tamponarlo senza comprenderne le richieste. Bisogna cercare di analizzare le caratteristiche del pianto per individuarne le cause e cercare di tranquillizzare successivamente il neonato entrando in comunicazione con lui.

➤ **STABILIRE ORARI FISSI PER LE POPPATE**

Un insieme di motivazioni empiriche e teoriche consigliano che i neonati, in particolare quelli allattati al seno, hanno bisogno di essere allattati a richiesta e dovrebbero pertanto essere liberi di stabilire in maniera autonoma il proprio orario, piuttosto che essere obbligati a seguire un orario predeterminato.

E' altresì evidente che le pratiche che interferiscono con la capacità del neonato di segnalare i propri bisogni sono responsabili, di frequente, di aumenti ponderali insufficienti, di mancanza di latte e di svezzamento precoce.

➤ **SOMMINISTRARE FARMACI ANTIDOLORIFICI O DI ALTRO TIPO PER DIAGNOSI DI “COLICHE GASSOSE”**

Il primo passo è quello di tranquillizzare la mamma e spiegarle che sono fenomeni di scarsa importanza, innocui e transitori.

La somministrazione di antimeteorici, anticolinergici, antispastici o probiotici è una pratica inutile, se non dannosa.

Sono diversi e pericolosi gli effetti collaterali di alcuni dei farmaci più comunemente usati, che possono provocare difficoltà respiratoria, apnea o fenomeni neurologici anche gravi, come le convulsioni.

Inoltre l'attenuazione della sintomatologia può produrre, in caso di patologie sottostanti, una sottostima dei sintomi con conseguenti pericolosi ritardi della diagnosi.

➤ **SOSPENDERE IN MANIERA DEFINITIVA L'ALLATTAMENTO AL SENO IN CASO DI ITTERO PROTRATTO DA LATTE MATERNO**

L'allattamento al seno va sempre continuato.

In caso di valori particolarmente elevati si può provare ad alimentare il neonato con formula per 2-3 giorni. I valori di bilirubina dovrebbero rapidamente calare. Solo se ciò non accadesse si dovrà approfondire con esami di laboratorio e strumentali

➤ **STIMOLARE IL NEONATO IN STATO DI BENESSERE SE NON EVACUA QUOTIDIANAMENTE**

Spesso si confonde la stipsi con la dischezia, che è un'incoordinazione nel rilasciamento dello sfintere anale

Tale immaturità funzionale è destinata a risolversi spontaneamente durante i primi due mesi di vita

Inoltre nell'alimentazione del neonato non sono presenti cibi solidi o fibre ed il latte materno è composto per l'87% da acqua, per cui sarà molto

stimolata la diuresi e la quantità di feci prodotte sarà proporzionalmente ridotta

➤ **GESTIRE A DOMICILIO LA FEBBRE NEL NEONATO**

La febbre può rappresentare un sintomo (spesso il primo) di un'infezione batterica che nel neonato tende facilmente a generalizzare e a dare origine ad una sepsi

La gestione deve necessariamente prevedere, oltre all'uso di antipiretici, il continuo monitoraggio dei parametri vitali e l'immediata esecuzione di esami ematochimici quali procalcitonina, PCR, emocromo ed esami colturali; in caso di positività va tempestivamente iniziato il trattamento antibiotico per via endovenosa

La complessità di tale gestione rende opportuno il ricovero in un reparto di patologia neonatale

➤ **CONSIGLIARE DI PROPORRE AL NEONATO BEVANDE ALTERNATIVE AL LATTE MATERNO**

Ormai tutti gli esperti nutrizionisti concordano che il latte materno, grazie alla sua composizione ottimale, rappresenta l'alimentazione di gran lunga più indicata nei primi mesi di vita. Pertanto, un bambino allattato esclusivamente al seno non ha bisogno di altri liquidi.

➤ **SOMMINISTRARE VITAMINA K PER OS PER 2 MESI DOPO SOMMINISTRAZIONE I.M. ALLA NASCITA**

Non esiste accordo tra le varie Società Scientifiche su modalità e tempi di somministrazione per la prevenzione della forma tardiva della malattia emorragica; ciò genera non poca confusione nell'ambito degli addetti ai lavori.

L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda, sulla base dell'evidenza scientifica acquisita, la somministrazione una tantum di vitamina K (0,5 – 1 mg i.m. in dose unica) a tutti i neonati dopo la nascita ritenendo che questa singola somministrazione sia sufficiente anche per la prevenzione della forma tardiva.

In Olanda, come in altri paesi in cui alla nascita la vitamina K è data per os, si consiglia di continuarne la somministrazione orale al dosaggio di 50 µg/die per i primi 3 mesi nei bambini allattati esclusivamente al seno.

In Italia, nel 2004, il Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale ha proposto, per i neonati a termine, la somministrazione alla nascita di 0,5 mg di vitamina K i.m. e successivamente di 25 µg/die per os durante i primi 3 mesi di vita nei bambini allattati esclusivamente al seno.

➤ **IN UN REPARTO DI NEONATOLOGIA NON CONTROLLARE ATTENTAMENTE PRESIDI E FARMACI SOMMINISTRATI AL NEONATO**

Gli errori latenti (ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato) sono per lo più insufficienze organizzativo - gestionali del sistema che creano condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Un sistema di segnalazione dell'errore costituisce una componente essenziale ed efficace di ogni programma per la sicurezza del paziente. L'obiettivo primario è quello di conoscere e apprendere dalle esperienze e dagli errori.

La segnalazione ha la funzione di avviare un'indagine approfondita che porti all'identificazione delle insufficienze del sistema e quindi alla promozione dei necessari cambiamenti per prevenire il ricorrere dell'evento.

In questo modo l'approccio di rilevazione "non punitivo" permette di correggere subito un'insufficienza organizzativa – gestionale.

BIBLIOGRAFIA

RACCOMANDAZIONI sull'ALLATTAMENTO MATERNO per i nati a termine, di peso appropriato, sani Società Italiana di Neonatologia (SIN) Commissione Consultiva sulla Promozione dell'Allattamento Materno

Denise K.Sur and Elise L. Bukonot - Evaluating fever of unidentifiable source in young children - Am Fam Physician 2007; 75:1805-11.

Baraff LJ - Management of infants and young children with fever without source - *Pediatric annals* 37:10. October 2008.

M Richardson and M Lakhanpul - Feverish illness in children under 5 years - *Arch.Dis.Child.Ed.Pract.*2008;93;26-29

Lucassen PLB, Assendelf WJJ, Gubbels JW, et al. Effectiveness of treatments for infantile colic; a systematic review. *BMJ* 1998;316;1563-1569

Mobberley T. - A topic in 10 questions: how to manage infant constipation. - *J Fam Health Care.* 2011 Sep-Oct;21(5):24-5.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). - Notes from the field: late vitamin K deficiency bleeding in infants whose parents declined vitamin K prophylaxis--Tennessee, 2013. - *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013 Nov 15;62(45):901-2.

Johnson PJ. - Vitamin K prophylaxis in the newborn: indications and controversies. - *Neonatal Netw.* 2013 May-Jun;32(3):193-9

ERRORI IN NEUROLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Marina Melone

Partecipanti

Gaetano Ausanio

Mauro Budetta

Francesca Casaburo

Giuseppe Ciccarelli

Giacinto Formosi

Loredana Russo

Luca Sacco

➤ **INADEGUATO UTILIZZO DEL METODO CLINICO**

In Neurologia pediatrica gli errori di diagnosi hanno maggiore e più capitale rilevanza perchè conducono a eventi avversi in modo indiretto, sia per interventi terapeutici sbagliati sia per omissione o ritardo di interventi necessari.

Noi riteniamo che questo vada principalmente addebitato ad una mancata applicazione del metodo clinico.

Infatti l'identificazione della causa di una patologia conduce, se possibile, alla diagnosi eziologica. La diagnosi funzionale, che è parallela alle altre, prevede che si stabilisca il grado di disabilità e quindi di invalidità conseguente al danno.

Le principali aree di rischio di errore in Neurologia pediatrica, in assenza di adeguato utilizzo del metodo clinico, si individuano pertanto nella:

- **mancata diagnosi e/o diagnosi differenziali non risolte,**
per cui si configura un eccesso e/o errori nelle:
- **prestazioni diagnostico terapeutiche.**

➤ **RACCOLTA INADEGUATA DELL'ANAMNESI**

La sessione dell'anamnesi non è un'operazione di raccolta casuale di dati da mettere in ordine successivamente, ma i dati dovrebbero essere sintetizzati attivamente come sono raccolti e poi utilizzati per modificare la direzione e l'approfondimento variabile dell'esame anamnestico.

La problematica principale dovrebbe innescare il processo di diagnosi differenziale nel pensiero dell'esaminatore, che inizia come un elenco delle condizioni di malattia che potrebbero causare la sintomatologia primariamente denunciata dal bambino e possibilmente essere connessa all'età del bambino stesso.

➤ **VALUTAZIONE SEMEIOLOGICA NON CORRETTA**

Alla base dell'esame neurologico sta il concetto che a strutture del sistema nervoso (collocate in una sede anatomica precisa) corrisponde una funzione (ciò che chiamiamo correlazione anatomo-clinica), pertanto se quella funzione è assente, indebolita, aumentata o alterata si potrà trarre una deduzione circa lo stato della struttura stessa.

➤ **ERRATA VALUTAZIONE/DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEGLI EPISODI CRITICI**

I disturbi parossistici, tra cui l'epilessia e la sincope, rappresentano alcuni dei problemi neurologici più comuni nella popolazione pediatrica e sono tra le maggiori cause di errori diagnostici e/o di diagnosi differenziali non risolte. Spasmi affettivi, emicrania, crisi pseudoepilettiche e disturbi parossistici legati al sonno vanno tutti in diagnosi differenziale con le crisi epilettiche.

Non si pone diagnosi di Epilessia in soggetti che abbiano presentato un solo episodio critico non provocato o crisi sintomatiche acute; anche le crisi febbrili e le convulsioni neonatali (insorte entro i primi 30 giorni di vita) sono escluse dalla diagnosi di Epilessia.

➤ **ERRATA VALUTAZIONE DEL SINTOMO DEBOLEZZA ED ERRATA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE PATOLOGIE DELL'UNITÀ MOTORIA**

L'unità anatomica e funzionale terminale del sistema motorio è rappresentata dall'unità motoria che comprende il neurone motorio, localizzato nel midollo spinale, il suo prolungamento o assone nel nervo periferico, la giunzione neuromuscolare e l'insieme delle fibre muscolari innervate dal neurone.

Le malattie che ne sono alla base vengono raggruppate con il termine di malattie neuromuscolari. Inoltre queste forme sono ulteriormente classificate in congenite, ereditarie o acquisite. Un corretto inquadramento clinico prevede tuttavia l'identificazione del componente dell'unità motoria coinvolto. Si parlerà di miopatie per le malattie dei muscoli scheletrici, di malattie della giunzione neuromuscolare per quelle che interessano la placca motoria, di neuropatie periferiche per quelle che interessano il nervo periferico, di malattie delle corna anteriori per quelle a carico dei neuroni motori.

Qualsiasi disfunzione dei singoli componenti dell'unità motoria comporterà una diminuzione della forza muscolare, ma per la corretta individuazione del componente coinvolto, e quindi per la corretta diagnosi della patologia in atto, si impone il corretto uso del metodo clinico.

➤ **ERRATA VALUTAZIONE/DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEL DISORDINE DEL MOVIMENTO E/O ERRATA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA I DIFFERENTI MOVIMENTI INVOLONTARI**

I disordini del movimento in età pediatrica possono essere difficili da caratterizzare, a meno che altri sintomi e il contesto comportamentale non siano presi in considerazione.

- La corea può assomigliare al mioclono.
- La distonia può assomigliare alla spasticità.
- I disordini del movimento parossistici, come la distonia e i tic, possono assomigliare a convulsioni.

Movimenti che in alcuni contesti possono essere normali, in altri possono indicare la patologia sottostante. Ad esempio, frequenti ammiccamenti possono essere perfettamente normali e appropriati in un contesto (un giorno ventoso in spiaggia), ma eccessivi in un altro (tic).

Movimenti che sollevano preoccupazione per una malattia degenerativa nei bambini più grandi (progressivo mioclono) possono essere del tutto normali in un lattante (mioclono benigno neonatale).

Altro frequente errore è etichettare in epoca neonatale come scosse miocloniche e quindi convulsioni, dei semplici tremori.

Quando si approccia un paziente con un disordine del movimento è utile affrontare alcuni punti chiave:

- I movimenti sono eccessivi (sindrome ipercinetica) o diminuiti (sindrome ipocinetica)?
- Se è una sindrome ipercinetica, i singoli movimenti appaiono normali o anormali?
- Il movimento è parossistico (con insorgenza improvvisa e compensato), persistente (ripetuto più e più volte) o continuo (senza arresto)?
- Qual'è la fase di sviluppo del bambino? Le prime tappe di sviluppo motorio sono state normali?
- Il movimento volontario è in grado di influenzare il disordine del movimento?

- I sintomi e segni sono presenti a riposo, nel mantenimento di una postura, con l'azione, nell'approcciare un bersaglio, o in una combinazione di movimenti?
- Il disturbo del movimento è cambiato nel tempo ?
- Stimoli ambientali o stati emotivi precipitano, aggravano o alleviano il disturbo del movimento?
- Il paziente è consapevole del disordine del movimento?
- I movimenti possono essere soppressi volontariamente ?
- Sono i movimenti annunciati da una sensazione premonitrice o da una sorta di pulsione? (Può essere utile chiedere al paziente: "Perché fai così ?")
- Il disordine del movimento scompare con il sonno ?
- Vi sono altri segni all'esame suggestivi di deficit neurologico focale o di malattia sistemica ?
- C'è una storia familiare di una condizione simile o correlata?

➤ **ERRATA VALUTAZIONE/DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE MANIFESTAZIONI CUTANEE**

Tra le manifestazioni cutanee, le macchie caffè-latte rappresentano un riscontro non raro nel bambino (circa il 10-20% dei soggetti sani), spesso sono un reperto occasionale ma, in altri casi, possono essere associate a malattie importanti come la neurofibromatosi (NF1) o altre condizioni genetiche che entrano in diagnosi differenziale con essa.

Ignorare il *time course* specifico di comparsa dei segni clinici maggiori di NF1 è causa di errore diagnostico sia nell'interpretare in maniera errone, in *plus* o in *minus*, le differenti manifestazioni cutanee, sia nel prescrivere "fuori tempo" esami diagnostici costosi e/o potenzialmente dannosi. Di fatto, indicare quali esami elettivi le tecniche di esplorazione per immagini basate sull'utilizzo di radiazioni ionizzanti, per seguire, ad esempio, l'evoluzione di una scoliosi, è sempre da proscrivere nei pazienti NF1, vista la suscettibilità di tali soggetti a sviluppare tumori.

➤ **NON ADEGUATA VALUTAZIONE DELLE CURVE DI CRESCITA STATURO PONDERALE E DELLA CIRCONFERENZA OCCIPITO-FRONTALE**

La misurazione della *circonferenza cranica o circonferenza occipito-frontale (COF)* deve far parte dell'esame clinico di routine del lattante in quanto fornisce utili informazioni concernenti lo sviluppo della massa cerebrale.

Il cervello presenta una crescita normale quando tutte le suture sono pervie e non soggette a compressioni loco-regionali; la circonferenza del cranio cresce e la sua forma è simmetrica e rotondeggiante.

E' sbagliato etichettare come IDROCEFALIE, macrocranie non evolutive. In queste ultime la curva della circonferenza cranica del bambino è sì superiore al 95° percentile ma ha un andamento parallelo ad esso e la causa è quasi sempre una **macrocrania familiare**: inutile, quindi, prescrivere costosi esami di imaging.

E' un grave errore non individuare nel lattante le più comuni craniosinostosi (scafocefalie, plagiocefalie) facendole passare come semplici dismorfismi cranici suscettibili di autocorrezione, che invece potrebbero giovare tempestivamente di interventi osteopatici e/o neurochirurgici (sia nel senso protesico, che più propriamente chirurgico), evitando gravi future ripercussioni psicologiche nei soggetti affetti.

E' inutile richiedere l'esame ecografico cerebrale in un lattante in cui la fontanella bregmatica è "chiusa". L'ecocolordopplermetria cerebrale è subordinata alla pervietà e all'ampiezza di alcune finestre acustiche, in particolare della fontanella bregmatica che si può apprezzare semplicemente con la palpazione del cranio

➤ **MANCATO RICONOSCIMENTO DI SINDROMI COMPLESSE GENETICHE PER UN ADEGUATO INDIRIZZO AD ESPERTI DEL SETTORE**

Tra le sindromi complesse genetiche particolare attenzione diagnostico-terapeutica pongono gli errori congeniti del metabolismo (ECM). La scarsa conoscenza su questo gruppo di malattie complesse, l'aspecificità delle caratteristiche cliniche di presentazione sono causa di errore, in certi casi molto grave, sia in termini di sotto-diagnosi che di mis-diagnosi per cui la sintomatologia può essere attribuita ad un'infezione, ad una

compromissione cardiovascolare, o essere legata ad ipossiemia, traumi, anomalie cerebrali primarie, o agli effetti di una tossina.

In un soggetto con un quadro clinico suggestivo, eventualmente supportato da una anamnesi familiare e personale, l'iter diagnostico deve essere intrapreso il più presto possibile, soprattutto per i casi ad esordio acuto, nei quali la prognosi è tanto migliore quanto più precoce sono la diagnosi e l'inizio della terapia specifica, ovviamente quando disponibile.

Il neurologo pediatra ha un ruolo chiave: sospettare precocemente un ECM e indirizzare ai Centri con specifica competenza per una diagnosi precisa del difetto. Il riconoscimento delle forme di presentazione clinica e la rapida attuazione di indagini di laboratorio sono essenziali per l'avvio di una terapia appropriata e senza indugio.

➤ **ERRATA VALUTAZIONE DEI DISORDINI EVOLUTIVI DELL'APPRENDIMENTO**

Il *ritardo globale dello sviluppo* e il *ritardo/insufficienza mentale* sono termini collegati, complementari, non sinonimi, con caratteristiche sia comuni che distintive. Condividono la caratteristica essenziale di un disturbo predominante nell'acquisizione di abilità motorie, linguistiche, sociali o abilità cognitive, che ha un impatto significativo sul progresso dello sviluppo di un individuo.

Una diagnosi accurata del ritardo globale dello sviluppo o disabilità intellettiva è una condizione essenziale per la corretta gestione e assistenza. Una diagnosi accurata consente di comprendere le comorbidità specifiche mediche e psichiatriche associate, di definire le modalità di assistenza e/o di presa in carico, di fornire una consulenza familiare e il riconoscimento giuridico della disabilità.

Per evitare errori, sono raccomandati nei bambini con Ritardo globale dello sviluppo/Disabilità intellettiva, una storia dettagliata, un esame obiettivo completo, test psicoeducativi e test di screening per deficit visivi e uditivi. L'EEG è consigliato quando vi è il sospetto di crisi epilettiche o di una encefalopatia epilettica. Nei bambini con caratteristiche che suggeriscono una eziologia specifica, test genetici, neuroimaging e test metabolici possono essere utili per la conferma. Per i bambini privi di

caratteristiche che suggeriscano una eziologia specifica, va instaurato un ampio protocollo diagnostico, ma organizzato secondo un preciso algoritmo che indichi la corretta sequenza diagnostica.

BIBLIOGRAFIA

Giovanni Battista Cavazzuti e al.: NEUROPEDIATRIA EDITEAM sas anno 2005

TeleThon: filo diretto con LE MALATTIE GENETICHE UTET periodici 2000

Lorenzo Pavone, Martino Ruggieri - Neurologia pediatrica -Editore: Elsevier – 2006

Ropper Allan H.; Brown Robert H. - Principi di neurologia - The McGraw-Hill Companies - 2006

ERRORI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Coordinatore

Roberto Militerni

Partecipanti

Delia Antinolfi

Andrea Frezzetti

Lorenzo Antinolfi

Alessandro Frolli

Maria Vendemmia

Vincenzo Della Monica

Michele Sorrentino

- **IL PEDIATRA È FORTEMENTE ANCORATO AD UNO SCHEMA PROCEDURALE DI TIPO LOGICO-SEQUENZIALE ALQUANTO RIGIDO**
anche percependo l'inadeguatezza di tale schema nei confronti della complessità delle problematiche neuropsichiatriche infantili, non è poi disponibile a mettersi in discussione
- **NEI CONFRONTI DEI DISORDINI DELLO SVILUPPO (RITARDO MOTORIO, RITARDO DEL LINGUAGGIO, DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO, ETC.) È PORTATO AD ASSUMERE UN ATTEGGIAMENTO ATTENDISTA**
In questo modo ne ritarda la diagnosi e, conseguentemente, anche un intervento che potrebbe avere una valenza preventiva
- **NEI CONFRONTI DELLE DISABILITÀ EVOLUTIVE COMPLESSE TENDE AD ASSUMERE UN ATTEGGIAMENTO DI DELEGA**
Nelle encefalopatie epilettiche, nelle paralisi cerebrali infantili, nei disturbi gravi del comportamento esistono aspetti che il pediatra potrebbe e dovrebbe gestire in prima persona.

BIBLIOGRAFIA

COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE (2012): Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* 129 : 394-404.

Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, Kortepeter K, Stein RE, Horwitz SM (2008): Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *J Dev Behav Pediatr.* 29 : 262-269.

Kirby JA. The Pediatrician's Role in Educating Parents on Disciplinary Modalities: Identifying Weaknesses and Heightening Awareness. *Clin Pediatr (Phila)*. 2013 Jul 16

ERRORI IN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Ciro Picardi

Partecipanti

Nicola Fusco

Luciano Gravina

Giuseppe Morabito

Giovanni Petrazzoli

Salvatore Porzio

Camilla Sgambato

- **RICERCA DEL RIFLESSO ROSSO DEL FONDO OCULARE IN AMBIENTE ECCESSIVAMENTE ILLUMINATO E A PUPILLE MIOTICHE**
Perché prevale il timore di ricorrere ad un blando collirio midriatico
- **VALUTAZIONE DEL RIFLESSO ROSSO DEL FONDO OCULARE SOLO ALLA NASCITA**
- **ERRORI NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA PSEUDOSTRABISMI E STRABISMI VERI**
Invio allo specialista per sospetto strabismo nei primi 6 mesi di vita senza evidenza di uno strabismo fisso ad un occhio, ma solo in presenza di una generica incoordinazione motoria, frequente e innocua in tale periodo di vita
- **ERRORI NELLA ESECUZIONE DEL TEST DEI RIFLESSI CORNEALI**
Test di semplice esecuzione e di importanza fondamentale nella diagnostica strabologica della prima infanzia
- **CONDIZIONI IN CUI RAPPRESENTA UN ERRORE RICHIEDERE UNA VISITA OCULISTICA PRECOCE**
 - Una visita oculistica completa richiede sempre una partecipazione anche se minima
 - Essa inoltre comprende manovre, come l'instillazione di colliri, che atterriscono il bambino e che se non necessarie è preferibile evitare per non precludersi la possibilità di visitare serenamente il bambino in seguito
 - Richiedere una visita precoce in assenza di fattori di rischio genetici o ambientali o di deficit manifesti
 - Richiedere una visita precoce se in famiglia adulti soffrono di glaucoma o vizi rifrattivi o altre patologie tipiche dell'età adulta
 - Test del riflesso rosso del fondo oculare evocato male
 - Test dei riflessi corneali non eseguito o eseguito male

- Pseudostrabismo da plica epicantale o da anomalie facciali o craniofacciali
- In queste situazioni l'epoca di vita più congeniale per una prima visita specialistica è a tre anni

➤ **CONDIZIONI IN CUI RAPPRESENTA UN ERRORE PROCRASTINARE UNA VISITA OCULISTICA:**

- Anamnesi materna positiva per patologie potenzialmente dannose per l'occhio durante la gravidanza
- Neonato prematuro
- Patologie sistemiche congenite acclerate che possano avere una manifestazione oculare
- Sospetto di patologie sistemiche in cui una visita oculistica possa aiutare a confermare o completare la diagnosi
- Anamnesi familiare positiva per patologie oculari potenzialmente trasmissibili
- Osservazione di anomalie oculari e di comportamenti oculari anomali
- In queste situazioni, una prima visita specialistica è da farsi subito, appena il pediatra prende in carico il bambino

➤ **UTILIZZO INDISCRIMINATO DI COLLIRI CORTISONICI NEL TRATTAMENTO DELL'OCCHIO ROSSO**

➤ **ERRORI NELLA GESTIONE DELLA STENOSI CONGENITA DEL CANALE NASO-LACRIMALE**

In particolare modalità di esecuzione del massaggio e timing per eventuale sondaggio

BIBLIOGRAFIA

Chou R, Dana T, Bougatsos C. - Screening for visual impairment in children ages 1-5 years: update for the USPSTF. *Pediatrics*. 2011 Feb;127(2):e442-79.

US Preventive Services Task Force. - Vision screening for children 1 to 5 years of age: - *Pediatrics*. 2011 Feb;127(2):340-6.

Miller JM, Lessin HR; American Academy of Pediatrics Section on Ophthalmology; Committee on Practice and Ambulatory Medicine; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. - Instrument-based pediatric vision screening policy statement. - *Pediatrics*. 2012 Nov;130(5):983-6. doi: 10.1542/peds.2012-2548.

Davidson S, Quinn GE. - The impact of pediatric vision disorders in adulthood. - *Pediatrics*. 2011 Feb;127(2):334-9.

ERRORI IN ONCOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore
Fiorina Casale

Partecipanti

Maria Carmen Affinita
Giulia Pecoraro

Nunzia Maria Grasso
Enrico Risolo

Paolo Indolfi
Raffaele Savarese

➤ **MANCATA INDIVIDUAZIONE DELLE SITUAZIONI IN CUI IL PEDIATRA PUÒ RAGIONEVOLMENTE TRANQUILLIZZARE I GENITORI OPPURE DEVE AVVIARE ACCERTAMENTI EMATOLOGICI E/O STRUMENTALI, CONSULTANDO EVENTUALMENTE UN ONCOLOGO PEDIATRA**

Per effettuare una corretta diagnosi, quanto più possibile precoce, ed evitare così colpevoli ritardi diagnostici e terapie inopportune o addirittura dannose, particolare riguardo va posto ad alcuni segni e sintomi:

- febbre persistente
- linfadenopatie, soprattutto in sedi sospette o inusuali
- dolori ossei e/o articolari diffusi o localizzati
- masse mediastiniche e addominali
- masse sottocutanee
- segni neurologici
- astenia marcata accompagnata o meno da sintomi sistemici

➤ **CATTIVA INTERPRETAZIONE DI DOLORI OSSEI E/O ARTICOLARI DIFFUSI O LOCALIZZATI**

La prima distinzione necessaria va posta tra dolore osseo localizzato e dolori ossei diffusi e/o migranti.

- Nella prima evenienza la persistenza nel tempo, una limitazione nei movimenti, una tumefazione delle parti molli sovrastanti o l'associazione con febbre devono indurre all'esecuzione di esami radiografici e ad un controllo ortopedico. E' fondamentale infatti la diagnosi precoce di un'eventuale neoplasia ossea.
- Nel caso invece di dolori diffusi è importante valutare con attenzione l'eventuale associazione con altri sintomi sistemici, quali febbre, astenia, eventuali manifestazioni emorragiche ed escludere una eventuale patologia reumatica. Va, infatti, tenuto presente che i dolori ossei diffusi costituiscono nel 33-50% dei casi il sintomo di esordio di leucemie o linfomi.

➤ **CATTIVA INTERPRETAZIONE DI LINFOADENOMEGALIE E LINFOADENOPATIE**

La quasi totalità dei bambini tra i 2 ed i 12 anni di età presenta linfonodi palpabili in sede latero-cervicale, inguinale o ascellare in relazione a processi infettivi o a piccoli traumi o escoriazioni. Necessari in questi casi, oltre ad una accurata anamnesi, l'esecuzione di esami ematochimici e sierologici, esami batteriologici e virologici ed esami strumentali (ecografici e radiologici).

In una certa percentuale di casi (12-23%) una linfoadenomegalia può rappresentare il sintomo di esordio di una patologia neoplastica maligna, sia primitiva che secondaria. Essenzialmente tre sono i parametri che possono costituire il criterio di interessamento "patologico" di uno o più linfonodi:

- la sede
- le dimensioni
- la semiologia

Alle diverse caratteristiche presenti all'esordio è collegato l'atteggiamento del pediatra ed, eventualmente, dell'oncologo pediatra consultato: necessità di indagini ematologiche, strumentali ed eventuale biopsia linfonodale, che permetterà di formulare, attraverso lo studio del tessuto linfonodale, una diagnosi di certezza.

➤ **CATTIVA INTERPRETAZIONE DELLA FEBBRE**

Anche la febbre costituisce un sintomo abbastanza frequente di consultazione del pediatra e nella maggior parte dei casi è legata ad episodi banali e transitori.

Il campanello di allarme è rappresentato:

- dal prolungarsi dell'episodio febbrile
- dalla mancata identificazione di un agente patogeno responsabile
- dalla non risposta ad un'eventuale terapia antibiotica impiegata
- dalla comparsa di un corteo sintomatologico sospetto di emopatia o di neoplasia

Queste evenienze rendono importante un attento esame obiettivo nell'ottica di rilevare la comparsa di segni o sintomi non presenti in

precedenza (linfadenopatia, epatomegalia o splenomegalia, masse addominali) che devono rendere necessaria una diagnostica di laboratorio e/o strumentale.

➤ **INSTAURARE UNA TERAPIA CORTICO-STEROIDEA PRIMA DI AVER CHIARITO LA DIAGNOSI**

Vanno sempre ed in ogni caso eseguiti esami specifici (anche mieloaspirato!); non effettuarli provocherebbe un colpevole ritardo diagnostico.

ERRORI/RITARDI DIAGNOSTICI CON CONSEGUENTE NON APPROPRIATO O NON IDONEO COMPORTAMENTO TERAPEUTICO CHE CONDIZIONANO L'EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

➤ **LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA ETICHETTATA ALL'ESORDIO COME MALATTIA REUMATICA**

Il trattamento con terapia corticosteroidica provoca un notevole ritardo diagnostico, che compromette l'evoluzione favorevole della malattia.

E' necessario ricordare che il cortisone è uno dei farmaci cardine utilizzati nel trattamento delle malattie linfoproliferative, data la spiccata sensibilità dei linfoblasti leucemici al trattamento cortico-steroidico (precoce citoriduzione sia a livello periferico che midollare).

➤ **IMPORTANTE TUMEFAZIONE LINFOGHIANDOLE INGUINALE MONOLATERALE ETICHETTATA COME LINFADENITE ASPECIFICA LOCALIZZATA**

Non effettuare esami adeguati ha come conseguenza il trascurare per un certo periodo la patologia.

In questo caso solo l'esame isto-patologico su biopsia linfonodale incisionale permette di effettuare diagnosi di melanoma metastatico.

➤ **APPENDICOPATIA TRATTATA CHIRURGICAMENTE SENZA RISOLUZIONE DEI SINTOMI SISTEMICI QUALI FEBBRE E DOLORI ADDOMINALI**

In questo caso solo il peggioramento delle condizioni cliniche ha indotto l'approfondimento diagnostico con l'effettuazione degli opportuni esami di laboratorio, ematologici e strumentali che hanno, infine, permesso di porre diagnosi di Linfoma anaplastico a grandi cellule, con diffusione toraco-addominale.

BIBLIOGRAFIA

Pizzo P.A., Poplack D.G. – Principles and Practice of Pediatric Oncology – 6th ed. 2011 – Lippincott, Williams & Wilkins

ERRORI IN ORTOPEDIA PEDIATRICA

Coordinatore

Pasquale Greco

Partecipanti

Antonio Abete

Roberto Goglia

Fortunato Cotugno

Giovanna Gualdiero

Antonio Liparulo

Maria Esposito

Nunzio Lardaro

DISPLASIA CONGENITA DELL'ANCA

- **RITARDARE LO SCREENING ECOGRAFICO OLTRE I DUE MESI DI VITA**
- **NON FARLO PRECEDERE DALL'ESAME CLINICO**
Durante le visite vanno sempre ricercati il segno di Ortolani ed il segno di Barlow

TORCICOLLO MUSCOLARE

- **NON EFFETTUARE L'ANAMNESI ED UN ESAME CLINICO APPROPRIATO AI FINI DELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

PARALISI OSTETRICA

- **MANCATA DIAGNOSI NEI PRIMI TRE MESI DI VITA**
- **NON RICONSIDERARE DIAGNOSI E PROGNOSI SE NON CI SONO MIGLIORAMENTI ENTRO I PRIMI 6 MESI DI VITA**

SCOLIOSI

- **ERRATA DIAGNOSI**
Confusione con paramorfismo/dismorfismo
- **ERRATA PROGNOSI CON RITARDO DI INIZIO TRATTAMENTO IDONEO**
Ritardato trattamento con busti

DISMETRIA ARTI INFERIORI

➤ **ERRATA DIAGNOSI**

- Confusione con falsa gamba corta per valgismo calcagno, ginocchio
- Il basculamento dell'osso iliaco anteriore abbassa il cotile e quindi falsa gamba lunga
- Il basculamento posteriore innalza il cotile e quindi falsa gamba corta

DISTACCHI EPIFISARI/FRATTURE A LEGNO VERDE

➤ **MANCATA ANAMNESI TRAUMATOLOGICA**

➤ **MANCATA RX PER CLINICA NON ECLATANTE**

PIEDE PIATTO

➤ **ERRORI DI PRESCRIZIONE DI SCARPE E PLANTARI SPECIALI**

Dalla dubbia efficacia in presenza di un impronta plantare “piatta” o per una non perfetta forma degli arti inferiori

BIBLIOGRAFIA

Franco Copes - Il piede dalla A alla Z. La lettura del piede o podomanzia con un'appendice sulla lettura degli occhi e del viso as – Anima Editore

Giannini S, Girolami M, Ceccarelli F. - The surgical treatment of infantile flat foot. A new expanding endo-orthotic implant. - Ital J Orthop Traumatol 1985 Sep;11(3):315-22

G. Pisani – Trattato di chirurgia del piede. - Ed. Minerva Medica. Torino 1993

ERRORI IN OTORINOLARINGOIATRIA

Coordinatore
Attilio Varricchio

Partecipanti

M. Gabriella Fasanaro
Elvira Martusciello
Gaetano Rivezzi

Andrea Frezzetti
Flora Micillo
Matilde Tortora

Iolanda Gallo Afflitto
Giuliana Rispoli

ERRORI NELLA PATOLOGIA DELL'ORECCHIO

➤ **CONFONDERE OTODINIA ED OTALGIA**

- OTODINIA è il dolore dovuto a patologie proprie dell'orecchio: otiti esterne, otiti medie, traumi dell'orecchio esterno e medio.
- OTALGIA è il dolore riferito all'orecchio ma secondario a patologie di altra natura: la sua propagazione avviene attraverso i nervi cranici V, VII, IX, X ed XI. Una delle cause più frequenti di otalgia riflessa è costituita dalla sub-lussazione dell'articolazione temporo-mandibolare.

➤ **CONFONDERE VERTIGINE ED INSTABILITÀ.**

- La VERTIGINE è un sintomo proprio dell'orecchio interno ed è caratterizzata dal movimento degli oggetti intorno al paziente.
- L' INSTABILITÀ (molto più frequente) non è legata a patologie otologiche ma a varie malattie: neurologiche, muscolo-articolari, odonto-stomatologiche ed oftalmologiche.

➤ **FARE DIAGNOSI DI OMA SENZA VISUALIZZARE BENE LA MEMBRANA TIMPANICA**

La diagnosi di OMA è di certezza, ma non può prescindere dalla completa visualizzazione della membrana timpanica.

- Quando quest'ultima è piatta, l'OMA è definita catarrale, l'essudato non è infetto ed è frequente l'eziologia virale.
- Se la membrana timpanica è a bombè, l'essudato è purulento, da infezione batterica e necessita di antibiotico sistemico.

➤ **SOMMINISTRARE LA TERAPIA ANTIBIOTICA NELL'OMA BATTERICA PER UN TEMPO TROPPO BREVE**

La terapia antibiotica sistemica in caso di OMA batterica deve essere somministrata per non meno di 10 giorni

➤ **VIETARE ASSOLUTAMENTE L'USO DI GOCCE OTOLOGICHE**

Le gocce otologiche nascono per essere usate in ambito otologico.

È consigliabile, dopo l'instillazione delle gocce, inserire sempre una fettuccina di 4-6 cm di otobenda orlata traforata, che funge sia da drenaggio, in caso di otorrea, che da presidio di posa delle gocce stesse.

Pertanto, in caso di:

- Dolore: possono essere somministrate gocce contenenti analgesici o antinfiammatori in soluzione oleosa (es. Otopax - Otalgan), in quanto la faccia esterna della membrana timpanica è rivestita da cute (negli USA le gocce analgesiche sono in soluzione acquosa, quindi inefficaci!).
- Otorrea da infezione batterica: si instillano gocce contenenti antibiotici dose-dipendenti (Aminoglicosidi – controindicati in età pediatrica- e Chinolonici: questi ultimi sono approvati anche in età pediatrica dalla FDA per l'assenza di ototossicità).

Chiaramente le gocce con molecole antibiotiche non ototossiche possono e devono essere somministrate anche in caso di perforazione della membrana timpanica, sempre inserendo la fettuccina di otobenda.

ERRORI NELLE PATOLOGIE NASALI

➤ **TRATTARE IL NASO MALATO (CHE SI CHIUDE, SI INFIAMMA, SI INFETTA) CON MASCHERINA O FORCINE NASALI**

Il naso deve essere medicato sempre con soluzione farmacologiche (per de-congestionare, dis-infiammare e dis-infettare) somministrate in forma di nebulizzati: gli spray predosati sono utili nel caso di riniti e/o rino-sinusiti; la doccia nasale micronizzata è adatta anche alle rino-faringiti.

Ribadiamo il concetto che le gocce nasali, non avendo il potere di disperdersi nel volume della fossa nasale, sono inutili e dannose in quanto facilmente deglutibili dal bambino con possibili sequele gastro-enteriche!

ERRORI NELLE PATOLOGIE DELLA GOLA

➤ **CONFONDERE I BIOFILM DI BATTERI SAPROFITI ALLOCATI SULLE CRIPTE TONSILLARI CON 'PLACCHE' DI ESSUDATO BATTERICO**

È ormai chiaro che le placche sulle tonsille non sono pus, ma biofilm di batteri saprofiti che compensano la disfunzione delle cripte tonsillari: in caso di sospetto di infezione da SBEA è indispensabile eseguire l'esame colturale di prelievo eseguito con il tampone tonsillare (linee guida italiane 2012).

➤ **CONFONDERE ODINOFAGIA E FARINGODINIA**

- L'ODINOFAGIA è il dolore scatenato dalla deglutizione (tipico delle faringo-tonsilliti in associazione con la stomatolalia o voce da rospo).
- La FARINGODINIA è una sensazione di bruciore costante a livello del tratto ipofaringeo lungo il collo fino alla laringe (pomo d'Adamo)

BIBLIOGRAFIA

Varricchio A, Ciprandi G. et al. - The nose and paranasal sinuses. - IJIP:vol.23,n°1,1-3,2010.

Fokkens W, Lund V, Mullol J - European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007 - Rhinol Suppl. 2007;(20):1-136.

L. Di Berardino, A. Varricchio and L. Teti - Basic parameters to standardize the delivery of aerosolized drugs - Respiratory Drug Delivery IX:315-318, 2004

Scheinberg PA, Otsuji A. - Nebulized antibiotics for the treatment of acute exacerbations of chronic rhinosinusitis. - Ear Nose Throat J. 2002 Sep;81(9):648-52.

Vaughan WC, Carvalho G. - Use of nebulized antibiotics for acute infections in chronic sinusitis. - Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 Dec;127(6):558-68.

Varricchio A, Capasso M, Di Gioacchino M, Ciprandi G. - Inhaled thiamphenicol and acetylcysteine in children with acute bacterial rhinopharyngitis. Int J - Immunopathol Pharmacol. 2008 Jul-Sep;21(3):625-9

ERRORI IN PNEUMOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Michele Miraglia Del Giudice

Partecipanti

Giuseppina Campana

Domenico Perri

Fulvio Esposito

Antonello Pisanti

Luigi Masini

Federica Santaniello

TOSSE

- **CONSIDERARE LA TOSSE COME ESCLUSIVA ESPRESSIONE DI PATOLOGIA RESPIRATORIA**
- **NON EFFETTUARE ACCURATA ANAMNESI**
Importante verificare se la tosse è sintomo unico o associato ad altri segni e/o sintomi clinici
- **TRATTARE LA TOSSE PRIMA DI AVERE DIAGNOSTICATO LA CAUSA**
- **UTILIZZARE SEDATIVI DELLA TOSSE E MUCOLITICI IN MODO INDISCRIMINATO** Essi possono :
 - ritardare la diagnosi
 - aggravare una malattia
 - presentare spiacevoli effetti collaterali (stipsi, sonnolenza, dipendenza)
 - rappresentare un costo eccessivo ed inutile per le famiglie e per il SSN
- **TRATTARE LA TOSSE CON STEROIDI INALATORI SENZA DIAGNOSI DI ASMA**
- **UTILIZZO DEGLI ANTISTAMINICI PER “ASCIUGARE I MUCHI”**
 - Essi possono impedire una sana e fisiologica espettorazione, “necessaria” in molte malattie respiratorie
 - Il loro uso indiscriminato può aggravare alcuni sintomi (tosse), aggravare una malattia e/o ritardarne la diagnosi
 - Possono favorire la formazione di “tappi di muco”

RADIOGRAFIA DEL TORACE

- **RICHIEDERE TROPPO SPESSO RX TORACE**
- **NON PRATICARE RX TORACE IN ENTRAMBE LE PROIEZIONI (PA E LL)**
- **SCARSA COMUNICAZIONE TRA PEDIATRA E RADIOLOGO**
- **ATTENERSI AL REFERTO RADIOLOGICO SENZA PRENDERE VISIONE DELLE IMMAGINI**
- **EFFETTUARE LA DIAGNOSI SOLO SULLA BASE DEL REFERTO RADIOLOGICO**
- **RIPETERE LA RX DI “CONTROLLO” DOPO POLMONITE CLINICAMENTE RISOLTA**
- **NON RIPETERE LA RX SE LA POLMONITE PRESENTAVA CARATTERISTICHE DI COMPLICANZE O SE A 72 ORE NON CI SONO SEGNI DI MIGLIORAMENTO CLINICO**
- **NON EFFETTUARE UNA RX DEL TORACE IN CASO DI (PSEUDO)ADDOME ACUTO**
Potrebbe trattarsi di polmonite basale destra o asma grave

ASMA BRONCHIALE

- **TRATTARE L’ASMA LIEVE INTERMITTENTE CON GLI STEROIDI INALATORI PER MESI**
- **TRATTARE L’ASMA CON GLI ANTISTAMINICI**

- **NON VALUTARE L'ADERENZA AL TRATTAMENTO IN UN ADOLESCENTE CON ASMA NON CONTROLLATO**
- **NON VERIFICARE LA CORRETTA ESECUZIONE DELLA TERAPIA DI FONDO NELL'ASMA NON CONTROLLATO**
E' importante verificare anche un uso appropriato dei distanziatori
- **NON RICHIEDERE UN TEST DA SFORZO IN CASO DI DISPNEA DA ESERCIZIO FISICO**
- **NON PRATICARE UNA SPIROMETRIA BASALE E DOPO BD IN UN SOGGETTO CON AUSCULTAZIONE DEL TORACE NEGATIVA**
- **PRATICARE UNA SPIROMETRIA SENZA LA CURVA FLUSSO –VOLUME**
E' molto utile valutare la diversa tipologia della curva
- **NON PRATICARE UNA SPIROMETRIA IN UN BAMBINO CON ASMA PERSISTENTE**

TRATTAMENTO DEI LATTANTI

- **TRATTARE IL BAMBINO CON WHEEZING RICORRENTE IN ETÀ PRESCOLARE COME ASMATICO**
- **TRATTARE LA BRONCHIOLITE CON GLI ANTIBIOTICI E GLI STEROIDI**
- **CONSIDERARE LA DISPNEA COME ESPRESSIONE ESCLUSIVA DI PATOLOGIA RESPIRATORIA**
- **NON SOSPETTARE PATOLOGIA MALFORMATIVA O GENETICA IN UN LATTANTE CON TOSSE PERSISTENTE E/O WHEEZING RICORRENTE**
Per esempio FCP, bronchiectasie, ELC, malattia bollosa, SLM, ciglia immobili, deficit alfa1-antitripsina, deficit immunitario

**ERRORI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE NELLA DISPNEA
E NELLA TOSSE PERSISTENTE**

- **CONSIDERARE LA POLIPNEA-DISPNEA COME ESPRESSIONE ESCLUSIVA DI PATOLOGIA RESPIRATORIA**
Può essere presente nell'acidosi metabolica, nella malattia cardiaca, nell'ipertermia, nel trauma toracico, nella malattia neurologica

- **NON PENSARE AD UNA MALATTIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO IN CASO DI SINTOMI ASPECIFICI**
Sintomi come febbre, astenia, inappetenza devono far pensare ad esempio alla tubercolosi

BIBLIOGRAFIA

Pisanti A. - Vicenza - Febbraio 2010 - "Casi indimenticabili"

ERRORI NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Coordinatore
Raffaele Arigliani

Partecipanti		
<i>Luisa Abbate</i>	<i>Pietro Falco</i>	<i>Angela La Marca</i>
<i>Anna Romano</i>	<i>Piera Savarese</i>	<i>Antonio Vetrella</i>

➤ **NON CAPACITÀ DI “DECODIFICA” DELLA DOMANDA**

Il medico concentra la sua attenzione sugli aspetti “nosografici” della patologia sospettata. Lascia invece uno spazio inadeguato per “far emergere” i soggettivi, dubbi, paure, modalità comportamentali (scarso atteggiamento di ascolto). Il rischio è di non cogliere la vera “domanda di salute” del paziente e quindi di non dare risposte adeguate semplicemente perché si crede che la domanda sia altra!

➤ **CATTIVA TRASMISSIONE DELL’INFORMAZIONE**

Vari items compongono questo punto:

- Usare terminologia e modalità comunicative eccessivamente tecniche, che il paziente di fatto non comprende (ma non ha il coraggio di dichiararlo!), mentre il medico in buona fede crede di essere stato “chiaro”.
- Non utilizzare strumenti semplici (depliant, stampati, immagini, siti web, ecc.) che permetterebbero liberi ma “guidati” approfondimenti.

➤ **ATTEGGIAMENTO PATERNALISTICO**

Si concretizza quando il medico ritiene che il paziente deve “obbedire” o che comunque sia giusto che lui scelga al posto del paziente “che non capisce il suo bene!”. E’ una modalità comportamentale che oltre a diseducare, deresponsabilizzare e creare un’ingiusta dipendenza dal medico, non di rado diviene, nel medio lungo termine, fonte di sofferenza, disagio, contrasti da entrambe le parti

➤ **PRESCRIZIONE TELEFONICA DI TERAPIA SENZA VISITA**

Non è di per se un errore, tuttavia espone a numerosi rischi sia sul piano della comprensione che su quello medico-legale. La cautela consigliata sarebbe di rispondere alle telefonate ed esporsi con cauti consigli solo se “vi sono le condizioni” (ambientali, personali, logistiche, di eventuale disponibilità a vedere il paziente, ecc..)

➤ **CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE**

L'errore medico, se nasce all'interno di una relazione empatica, viene più facilmente accettato come un evento possibile, seppure ovviamente spiacevole e non augurabile. Alla base della stragrande maggioranza dei contenziosi vi è la percezione del paziente di essere stato trascurato, trattato con superficialità e/o arroganza, di non essere stato "rispettato" come persona.

BIBLIOGRAFIA

World Health Organization, Carta di Ottawa per la promozione della salute, Ottawa 17-21 Novembre 1986

Arigliani R - Behavior disorders and intrafamiliar communication defects. - Minerva Pediatr. 2009 Dec;61(6):874-9.

ERRORI IN REUMATOLOGIA PEDIATRICA

Coordinatore

Nunzia Alma Olivieri

Partecipanti

Francesco De Maddi

Maria Rosaria Di Palma

Milena Di Meglio

Vincenzo Fierro

Laura Ruggiero

Rocco Dinardo

Antonella Norma

- **FAR ESEGUIRE INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI INUTILI E COSTOSE A BAMBINI CON DOLORE ARTICOLARE.**
Poichè la presenza di dolore articolare è condivisa da molte patologie (reumatiche, neoplastiche, ortopediche, infettive) per timore di non riconoscere una patologia organica importante, si richiedono spesso indagini ematiche e strumentali estese
- **NON PRENDERE IN CONSIDERAZIONE LA POSSIBILITÀ DI DOLORE DA PATOLOGIA PSICO-SOMATICA**
Algodistrofia, fibromialgia, dolori di crescita, ecc
- **ERRORE D'INTERPRETAZIONE DEI DATI DI LABORATORIO**
Per esempio trattare un bambino con cicli di antibiotico solo per un aumento del TAS o formulare una diagnosi di Artrite idiopatica giovanile (AIG) solo per la positività degli ANA o del FR
- **LA DIAGNOSI DI AIG È UNA DIAGNOSI DI ESCLUSIONE ED È BASATA PRINCIPALMENTE SU CRITERI CLINICI.**
La positività degli ANA si riscontra anche in altre patologie infiammatorie, infettive e nei soggetti sani
- **FORMULARE LA DIAGNOSI DI TONSILLITE STREPTOCOCCICA SENZA AVER PRATICATO LA COLTURA DEL TAMPONE FARINGEO.**
Non è possibile fare diagnosi di tonsillite da Streptococco β -emolitico di gruppo A basandosi solo su criteri clinici
- **ESCLUDERE O CONFERMARE L'INFEZIONE STREPTOCOCCICA CON UNA SOLA DETERMINAZIONE DEL TAS.**
Sono indispensabili almeno due determinazioni a distanza di circa 2 settimane per evidenziare un incremento dei valori

- **UTILIZZARE IL TAS PER MONITORARE LA RISPOSTA ALLA TERAPIA ANTIBIOTICA.**
Il TAS aumenta anche in risposta a Streptococchi di gruppo non A
Mantiene un plateau per 3-6 mesi
- **ERRORE NELLA DURATA E NELLA DOSE DEL TRATTAMENTO CON PENICILLINA-BENZATINA NELLA MALATTIA REUMATICA E NELLA FARINGITE STREPTOCOCCICA**
 - Nella faringite streptococcica la terapia di scelta è rappresentata dall'amoxicillina. Essa va somministrata per via orale alla dose di 50mg/Kg/die in tre dosi per 10 giorni o dalla penicillina benzatina 1 fiala in muscolo da 600.000 UI se il bambino pesa <27 Kg o da 1.200.000 UI se peso >27 Kg. I macrolidi vanno utilizzati nei soggetti allergici ai β -lattamici
 - Nella malattia reumatica la profilassi secondaria con penicillina benzatina per via intramuscolare viene praticata ogni 21-28 giorni, 1 fiala in muscolo da 600.000 UI se il bambino pesa <27 Kg o da 1.200.000 UI se peso >27 Kg. I macrolidi vengono utilizzati nei soggetti allergici ai β -lattamici
- **NON VALUTARE I CRITERI MAGGIORI E MINORI DI JONES PER LA DIAGNOSI DI MALATTIA REUMATICA**
- **RITARDARE LA DIAGNOSI DI ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)**
Spesso una monoartrite del ginocchio o della caviglia può essere il primo sintomo dell'AIG a volte interpretata erroneamente come conseguenza di un trauma.
La persistenza della tumefazione e la rigidità mattutina devono indirizzare verso la diagnosi di AIG oligoarticolare
- **SOTTOVALUTARE IL DOLORE ARTICOLARE COME SINTOMO DI UNA MALATTIA LINFOPROLIFERATIVA**

Segni utili per l'attribuzione di un dolore articolare ad una malattia linfoproliferativa (linfoma, neuroblastoma, leucemie) piuttosto che ad una AIG sono:

- dolore osseo intenso notturno
- aumento sproporzionato della VES e dell'LDH
- ridotto numero di piastrine

➤ **ERRORE PRESCRIVERE TERAPIA CON FARMACI STEROIDEI IN PRESENZA DI DOLORE E/O TUMEFAZIONE ARTICOLARE E/O FEBBRE, SENZA AVER PRIMA FORMULATO LA DIAGNOSI**

Il cortisone può ritardare la diagnosi di malattie infiammatorie croniche e neoplastiche

Invece dello steroide può essere tranquillamente adoperata la terapia antinfiammatoria con FANS che non occulta patologie come neoplasie, infezioni o artriti croniche all'esordio

BIBLIOGRAFIA

Chiappini E, Principi N, Mansi N, Serra A, De Masi S, Camaioni A, Esposito S, Felisati G, Galli L, Landi M, Speciale AM, Bonsignori F, Marchisio P, de Martino M. Italian Panel on the Management of Pharyngitis in Children. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther 2012; 34(6):1442-1458

Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, He X, Maldonado-Cocco J, Orozco-Alcala J, Prieur AM, Suarez-Almazor ME, Woo P. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. J Rheumatol 2004 Feb; 31(2):390-2.

Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, Taubert KA. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee

of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation* 2009 Mar 24; 119(11):1541-51

Adapted from Dajani AS, Ayoub EM, Bierman FZ et al. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, updated 1992, *JAMA* 1992 87:302-307,

de Blécourt AC, Schiphorst Preuper HR, Van Der Schans CP, Groothoff JW, Reneman MF . Preliminary evaluation of a multidisciplinary pain management program for children and adolescents with chronic musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil* 2008; 30(1):13-20

Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Dec 12;12: CD003968

Jones OY, Spencer CH, Bowyer SL, Dent PB, Gottlieb BS, Rabinovich CE. A multicenter case-control study on predictive factors distinguishing childhood leukemia from juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 2006;117: 840-4.