



PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

**Perché non è più differibile
la realizzazione di un Percorso
assistenziale integrato
Ospedale-Territorio per i pazienti
con apnee notturne in età
pediatrica e di transizione
nella regione Campania?**

**Centri Ricreativi Estivi (CRE) a Bergamo ai tempi
del Coronavirus: "è andato tutto bene"**

gocce

BLF₁₀₀

Integratore alimentare di **Lattoferrina**



**Protezione
e sicurezza
fin dai primi giorni**

con dosatore
gravimetrico



La **Lattoferrina**, un alleato
contro le infezioni
batteriche e virali*

*Lang J., Yang N., Deng J., Liu K., Yang P., Zhang G., Jiang C. Inhibition of SARS Pseudovirus Cell Entry by Lactoferrin Binding to Heparan Sulfate Proteoglycans. PLoS ONE. 2011, 6(8): e23710.

Dose giornaliera e modalità d'uso: disperdere 10 gocce direttamente nel cavo orale o diluirle in altro liquido o bevanda.

Editoriale



Cari soci e amici, scrivo queste righe a pochi giorni dall'inizio del nostro XXXII Congresso Nazionale "Bambini dal mondo, bambini del mondo: le nuove sfide" anche se, quando le leggerete, probabilmente l'evento si sarà già concluso. Purtroppo, vista la piega degli eventi, sarà ancora il web a permetterci di stare in contatto, in live streaming sulla piattaforma digitale Health Polis.

Pur dispiacendomi enormemente di non potervi incontrare tutti di persona, sarà comunque un'importante occasione di aggiornamento per tutti voi partecipanti. Avremo nuovi argomenti da presentare, durante l'evento saranno svolti 5 corsi monotematici e un'intera sessione verrà dedicata alle infezioni da SARS-CoV-2. Ma non solo, saranno anche presentate tre guide pratiche e due Consensus a disposizione di tutti i pediatri:

- 1) *La guida pratica della SIPPS-SITOP 'Ortopedia pediatrica per il pediatra'.*
- 2) *La guida pratica intersocietaria per la tutela della disabilità.*
- 3) *La guida pratica SIPPS-SICuPP-FIMP 'La diagnostica nello studio del pediatra di famiglia'.*
- 4) *Una Consensus SIPPS-SISMES-SITOP-PdS-SINUT-FIMP-SIMA-SIAIP-SIPEC 'Il bambino e l'adolescente che pratica sport'.*
- 5) *Una Consensus SIPPS-FIMP-SINUPE-SIDOHAD 'Alimentazione complementare – Strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali'.*

Lo studio del pediatra di famiglia deve essere un luogo in cui il bambino entra per un problema ed esce con una diagnosi e questi documenti faranno certamente sì che questa cosa si realizzi concretamente.

In particolare, la guida sulla disabilità sarà una grande novità rivolta alle famiglie in questa difficile situazione. Inoltre, presenteremo versioni aggiornate di tutti i documenti scien-

tifici realizzati a livello intersocietario degli ultimi quattro anni. Vi aspetto quindi nel nostro "salotto virtuale" e so già che sarete in molti.

Vi lascio con l'ultima uscita prevista di questo difficile anno: trovate un'utile miniguia sulla gestione, anche burocratica, delle più comuni malattie esantematiche e infettive, scritta da un caro amico, il dottor Longobardi e dalle sue volentose specializzande; una riflessione riguardo alla necessità di stabilire percorsi assistenziali per le OSAS pediatriche in una regione ad elevata popolosità come la Campania, a cura del gruppo di lavoro del dottor Masini, grande esperto di disturbi del sonno e un'interessantissima esperienza dei Centri ricreativi estivi condotti a Bergamo, una delle città più colpite dalla prima ondata pandemica che, nonostante il grave colpo subito, non si è scoraggiata e ha messo in atto concrete azioni per riprendersi, in sicurezza, e per riportare i nostri bambini a una "nuova normalità" serena, e ricca di esperienze.

Come sempre, impreziosiscono il numero le nostre rubriche fisse: le pillole di EBM e il triage telefonico.

Colgo infine l'occasione per augurarvi buone feste, nella speranza che l'anno nuovo porti belle novità. Io, come sempre, sono ottimista: segnatevi fin da ora la data del prossimo congresso **Napule è... Pediatria Preventiva e Sociale: 16-18 luglio 2021**. Ci vedremo di persona, ne sono certo.

A presto
Con stima e affetto



Dott. Giuseppe Di Mauro
Presidente SIPPS



SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

VICE PRESIDENTI

Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello

CONSIGLIERI

Salvatore Barberi, Simonetta Bellone,
Elena Chiappini, Salvatore Grosso,
Attilio Varricchio

SEGRETARIO

Maria Carmen Verga

TESORIERE

Emanuele Miraglia del Giudice

REVISORI DEI CONTI

Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza

RESPONSABILI RAPPORTI CON ENTI E ISTITUZIONI

Luca Bernardo

RESPONSABILI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E COMUNICAZIONE

Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli

JUNIOR MEMBERS

Lucia Diaferio, Pietro Falco

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

DIRETTORE RESPONSABILE

Giuseppe Saggese

DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

COMITATO EDITORIALE

Salvatore Barberi, Luca Bernardo,
Sergio Bernasconi, Gianni Bona,
Annamaria Castellazzi,
Elena Chiappini, Giuseppe Di Mauro,
Lucia Diaferio, Pietro Falco,
Ruggiero Francavilla,
Daniele Ghiglioni, Paola Giordano,
Valentina Lanzara, Lorenzo Mariniello,
Gianluigi Marseglia,
Vito Leonardo Miniello,
Emanuele Miraglia del Giudice,
Giuseppe Saggese, Giovanna Tezza,
Attilio Varricchio, Leo Venturelli,
Maria Carmen Verga

Registrazione Tribunale di Parma – N. 7/2005

Sede SIPPS

Via Salvatore Di Giacomo, 14 - 81031 Aversa (CE)

Tel. 335.6351051

E-mail: presidenza@sipps.it

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

AGORÀ

4

REVIEW

Incubazione, contagiosità, riammissione a scuola per le più comuni
malattie esantematiche e infettive dell'infanzia

Caprio AM, Casertano M, Longobardi G

10

PILLOLE DI EBM

Osserva molte cose... scarta quelle insicure e comportati con molta
cautela nei confronti di quelle rimanenti. Avrai così minore probabilità
di sbagliare (*Confucio*) - Parte settima

Buzzetti R, Verga MC, Bergamini M

23

ESPERIENZE

Centri Ricreativi Estivi (CRE) a Bergamo ai tempi del Coronavirus:
"è andato tutto bene"

Cortinovis I, Venturelli L, Pisano M

28

APPROFONDIMENTI

Perché non è più differibile la realizzazione di un Percorso assistenziale
integrato Ospedale-Territorio per i pazienti con apnee notturne in età
pediatrica e di transizione nella regione Campania?

Masini L, Cinalli G, Mansi N, Pecoraro C, Di Mauro G, D'Avino A, Sparano L

35

DOCUMENTI

Il triage telefonico: l'occhio rosso da congiuntivite allergica

Venturelli L

47

Editore

Sintesi InfoMedica S.r.l.

Redazione

redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

Marketing e vendite

Marika Calò

m.calò@sintesiinfomedica.it

Stampa

SINCRONIA IN PRINTING SRL

Via Cesare Balbo, 30 - 20025 Legnano MI

Missione crescita











Equazen®

Integratore alimentare a base di EPA, DHA e GLA



EQUAZEN® è un integratore alimentare a base di **EPA, DHA** e **GLA**, in rapporto **9:3:1**. Il DHA risulta utile per il mantenimento delle normali funzioni cerebrali*.

-  **9:3:1** Ratio 9:3:1
-  **Sostenuto da KOL** internazionali
-  Risultati clinici in **continuo aggiornamento**
-  Formulazione a base di: **olio di pesce** **olio di enotera**
-  Prodotto **ben tollerato**, in capsule, capsule masticabili e liquido.
-  **Scientificamente testato**
-  Formulazione dal sapore gradevole, **adatta anche per bambini a partire dai 3 anni**
-  Privo di **aromi artificiali, glutine, saccarina, aspartame**

3+
anni
EQUAZEN®
Capsule
Masticabili
Gusto fragola



3+
anni
EQUAZEN®
Liquido
Gusto vaniglia



Letteratura scientifica

*L'effetto benefico si ottiene con l'assunzione giornaliera di 250 mg di DHA.

Un sano stile di vita e una dieta variata ed equilibrata sono importanti. Avvertenze e consigli d'uso sono riportati sulla confezione.

Efficacia e sicurezza per medici, farmacisti e consumatori grazie a materie prime certificate, di elevata qualità, e tecnologie produttive innovative.

Numero Verde
800-921129

Da Lunedì a Venerdì
ore 14.00 - 17.00
supporto@named.it

Scientificamente testato
**IN FARMACIA E
PARAFARMACIA**

NAMED.IT



NAMED®
NATURAL MEDICINE

DAL 1988, NATURA E SCIENZA
PER LA TUA SALUTE

COVID. SIPPS: non è più il tempo di talk show, ora la pediatria sia unita

“Non è più il tempo di critiche, dei *Te lo avevo detto*, di talk show e attacchi. Adesso è il tempo di prestare aiuto. Il mio ringraziamento va a tutti i pediatri del territorio e ospedalieri per l'enorme impegno che stanno dimostrando. Lavoriamo fino a 16 ore al giorno e non dobbiamo tirarci indietro, ora che siamo di nuovo in piena emergenza pandemica”. È questo il messaggio che **Giuseppe Di Mauro**, presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), dà per affrontare l'impatto della seconda ondata epidemica nelle famiglie e nei bambini.

Quale dovrà essere il ruolo del pediatra in questo inverno per garantire che gli alunni della scuola dell'Infanzia, della Primaria e della Secondaria di primo grado possano continuare a frequentare le lezioni in presenza? “Richiamo tutta la Pediatria e la Medicina a un forte senso di unità, - risponde Di Mauro - fino al vaccino la situazione sarà ancora dura e le famiglie hanno bisogno di certezze, risposte e confronti. Dobbiamo poterle tranquillizzare offrendo una comunicazione a 360 gradi, non solo ai genitori ma anche tra gli stessi pediatri di famiglia, tra pediatri e colleghi, tra pediatri di

famiglia e dipartimenti di prevenzione, UOPC, USCA e team COVID. È necessario avere a disposizione protocolli comuni in modo che ognuno sappia cosa deve fare”.

Già lo scorso agosto la SIPPS aveva rivolto un appello alle istituzioni politico-sanitarie per affrontare un'eventuale seconda ondata adottando una strategia basata su tre pilastri: rafforzamento del territorio, vaccino antinfluenzale e aumento del numero di tamponi. “Non tutti i punti sono stati soddisfatti, la realtà varia da regione a regione - risponde Di Mauro - rafforzare il territorio non significa che chi opera sul territorio debba lavorare per 10. Ci vogliono più risorse umane ed economiche. Con il presidente della FIMP, Paolo Biasci, abbiamo dato disponibilità ad aiutare i dipartimenti di prevenzione ormai fuori controllo - fa sapere il pediatra - dato che i bambini asintomatici e paucisintomatici in quarantena, prima di essere ammessi a scuola, devono fare tamponi e test rapidi antigenici. Noi possiamo dare una mano presso i nostri studi e nelle strutture delle ASL, se attrezzati per questi esami. Ormai i numeri sono diventati talmente alti che il rafforzamento di prevenzione

del territorio è necessario. Isolare i bambini paucisintomatici o quelli contagiati ed asintomatici è indispensabile perché possono infettare”.

Il *vulnus* pediatrico per eccellenza resta la diagnosi differenziale: “Discriminare tra COVID e influenza non è facile. Nei bambini i sintomi sono comuni all'influenza stagionale e può essere d'aiuto vaccinare contro l'influenza. In Campania la stragrande maggioranza dei pediatri di famiglia vaccina contro l'influenza, anche perché in modo non specifico questo vaccino aiuta il bambino a proteggersi dallo stesso COVID”.

Ultimo punto, la comunicazione: “Informare una famiglia sull'esito positivo di un tampone effettuato al figlio può sembrare una condanna. Dobbiamo rassicurare i genitori, tranquillizzarli e consigliare la quarantena. Il 95-97% dei contagiati in età pediatrica devono stare a casa e sentire il proprio pediatra anche due volte al giorno - conclude Di Mauro - per informarlo su eventuali cambiamenti sintomatologici a cui bisogna semplicemente prestare attenzione”.

SIPPS. Vaccino antinfluenzale per tutti i bambini da 6 mesi a 6 anni

“**Dobbiamo vaccinare contro l'influenza tutti i bambini dai 6 mesi ai 6 anni**, soprattutto quelli con patologie o che vivono con persone che hanno patologie croniche, altrimenti a rischio è tutta la famiglia. Avremmo dovuto iniziare a vaccinare già a fine settembre fino a gennaio, così da poter fare anche il richiamo a un mese di distanza per quei

bambini che non si sono mai vaccinati”. Il lockdown, osserva Di Mauro, “non è una strategia applicabile nella seconda fase epidemica. Serve predisporre efficaci misure di controllo dei contagi individuando tempestivamente i portatori del virus, nonché risalire a controllare tutti i loro contatti e isolarli per il tempo necessario”. Bisogna predisporre, inoltre,

per i casi sospetti, “percorsi obbligatori con aree sanitarie deputate al Triage esterne al sistema sanitario stesso e gestite da operatori adeguatamente protetti, informati e formati” e gestire il caso sospetto in teleassistenza fino al risultato del tampone.

SIPPS: latte di asina non adatto a bimbi sotto i 2 anni

“Il latte di asina non è adatto all'alimentazione dei bambini sotto i 2 anni e soprattutto dei lattanti”. Lo dichiara **Margherita Caroli**, pediatra e nutrizionista della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), per fare luce su delle informazioni non corrette diffuse

nel corso della trasmissione di Rai1 'Linea Verde' andata in onda domenica 25 ottobre.

“Nel corso della puntata - spiega Caroli - è stato affermato, dalla conduttrice e da un allevatore di asini, che il latte di asina è adatto all'alimentazione dei bambini

anche più piccoli. La stessa affermazione era già stata fatta in un altro paio di puntate di Linea Verde durante la primavera. In merito a ciò, la SIPPS sente la necessità di precisare che queste affermazioni e consigli non sono affatto rispondenti alle caratteristiche che deve avere il latte

destinato ai bambini di età inferiore ai 2 anni”.

La preoccupazione della pediatra e nutrizionista deriva “dalla giusta notorietà della trasmissione, seguita da larghe fasce di pubblico che fanno tesoro delle sue informazioni e dei suoi consigli, e dal fatto che a diversi pediatri è giunta la richiesta, da parte di madri che avevano seguito il programma, di poter alimentare i propri figli di età inferiore a un anno con latte di asina. Per correttezza professionale - prosegue Caroli - chiariamo la principale carenza del latte di asina che può danneggiare i lattanti. Il latte di asina è molto meno ricco di grassi rispetto al latte materno, il che com-

porta che l’apporto energetico sia di 40 kcalorie/100 ml, e cioè meno dei due terzi dell’apporto energetico del latte materno (68 kcalorie/100 ml), e pone il lattante a rischio di malnutrizione”.

Ad avvalorare queste dichiarazioni è **Andrea Vania**, responsabile del centro di Dietologia e nutrizione pediatrica del dipartimento di Pediatria della Sapienza di Roma ed esperto della SIPPS, spiegando che “i grassi sono indispensabili nei primi due anni di vita per la mielinizzazione dei neuroni, e una loro insufficiente assunzione può causare un ritardo della mielinizzazione delle vie nervose e quindi della conduzione degli impulsi nervosi, con effetti diversi secondo le vie

interessate. Dobbiamo ancora ricordare - prosegue Vania - che i danni o il ritardo sviluppo neurologico del bambino, nei primi due anni di vita, possono non essere totalmente reversibili, e dunque lasciare effetti negativi per lungo tempo. L’uso del latte di asina, opportunamente modificato, con aggiunta di grassi e modifica del contenuto di minerali, è oggetto di studio per l’alimentazione di bambini con allergia alle proteine del latte vaccino e le cui madri non abbiano la possibilità di allattare. Al momento - conclude - l’uso del latte di asina non può essere consigliato indiscriminatamente nei primi anni di vita per il rischio di causare malnutrizione energetica”.

SIPPS. L’adolescente si ammala poco ma muore troppo

In Europa i suicidi sono la seconda causa di morte tra gli adolescenti, ma anche nell’ambito della prima causa, gli incidenti stradali, esiste un tipo di morte chiamata parasuicidaria. “I parasuicidi sono quelle morti frutto di giochi perversi durante i quali si attraversano le strade con i semafori spenti o le strade a scorrimento veloce, alla ricerca dell’acettazione da parte di un gruppo o di scariche di adrenalina che riempiano un vuoto esistenziale. In questi gesti non c’è intenzione suicidaria, ma ci sono la consapevolezza del rischio della morte e il gusto di sfidare proprio quel rischio”. Lo spiega **Immacolata D’Errico**, psichiatra e psicoterapeuta, intervenuta anche all’evento ‘Napule è... Pediatria preventiva e sociale’.

L’emergenza dei suicidi tra i giovani riguarda anche la fascia al di sotto dei 15 anni: “Sono a rischio anche i ragazzi tra i 12 e i 15 anni, che vivono il periodo di passaggio dall’infanzia all’adolescenza; - sottolinea D’Errico - si tratta di un periodo molto controverso. Credo che i suicidi in adolescenza debbano essere visti e letti in funzione di questo momento critico di acquisizione dell’identità, estremamente travagliato. I ragazzini vivono una fase di transizione dall’intelligenza concreta a quella astratta, di costruzione della mera rappresentazione, ma - spiega la psicoterapeuta - ancora queste competenze sono in via di de-

finizione. Ad esempio, i dodicenni non hanno tutti gli strumenti per interpretare alcuni eventi che capitano loro, né l’assetto neuronale che permetta loro di elaborare temi complessi. Per questo noi assistiamo a tentativi di suicidio, che sono più frequenti in tale fase rispetto a tutte le altre età della vita. In adolescenza - aggiunge - si vive questo paradosso: doversi occupare di temi serissimi, legati all’acquisizione dell’identità, con un assetto neuronale e cerebrale ancora immaturo”.

Al difficile passaggio di maturazione si aggiungono alcuni aspetti legati alla società nella quale i ragazzi vivono. “Questa - prosegue D’Errico - è la generazione figlia di internet, che si muove nel non luogo della rete, dove esiste un flusso indistinto di coscienze e di persone che si conoscono in un luogo virtuale senza mai incontrarsi di persona. I nostri adolescenti vivono quindi relazioni particolari, alla base delle quali c’è la solitudine, lo stare soli anche davanti a un computer”. A questo proposito, la psicoterapeuta ricorda un dettaglio del suicidio di Antonella, la tredicenne che si lanciò dal tredicesimo piano di un palazzo di Bari il 28 novembre del 2017: “Nelle ore precedenti il gesto, Antonella era in contatto via chat con una sua amica la quale, però, non ritenne necessario avvisare i professori del perché la compagna quel giorno non fosse a scuola e dove si tro-

vasse in quel momento”. Cosa possono fare i genitori per intercettare eventuali segnali di disagio nei propri figli? “Non possiamo parlare di campanelli d’allarme, né di elementi predisponenti - chiarisce D’Errico - ma ci sono una vulnerabilità e una dimensione depressiva associate a una dimensione impulsiva, a una bassa resilienza e alla difficoltà ad elaborare il dolore.

Uno dei problemi dei nostri adolescenti - aggiunge la psichiatra - è l’incapacità di affrontare il primo grande dolore perché si cerca di risparmiare loro ogni difficoltà, ogni sofferenza. E così, davanti a questi primi eventi gli adolescenti sono soli, anche perché i loro coetanei hanno gli stessi inadeguati strumenti per affrontare quella situazione e non sono presenti fisicamente, ma spesso solo in forma virtuale. È in questo momento che scatta la cosiddetta ‘ideazione prevalente’ del gesto suicidario. Se si intercetta questo momento, qualcosa si può fare per fermare il processo”. La psicoterapeuta tiene poi a ricordare che “le perturbazioni emotive sono tipiche dell’adolescenza, ma vanno distinte rispetto ai fenomeni depressivi. È molto importante parlare, non nascondere niente ai ragazzi e trattare anche un fenomeno come il suicidio tra i loro coetanei.

Bisognerebbe parlarne non solo in famiglia, anche nelle scuole”.

Un dato interessante, sottolinea infine

D'Errico, è che “durante il lockdown non abbiamo visto aumentare i suicidi tra gli adolescenti, come se la convivenza prolungata con i genitori e la necessità di fare attività insieme abbia agito da elemento protettivo. Sono aumentate invece - conclude la studiosa - le manifestazioni nevrotiche: gli attacchi di panico e l'insonnia”.

“L'adolescente si ammala poco fisicamente, ma muore troppo” commenta

duramente Giuseppe Di Mauro.

“Per far fronte a questa situazione - spiega Di Mauro - è fondamentale la comunicazione tra genitore e pediatra e, appena possibile, avere un contatto diretto con i ragazzi anche preadolescenti. Oggi le famiglie hanno la necessità di avere un pediatra bravo, ma soprattutto più comunicatore. Questo è il futuro dei medici, che devono saper ascoltare e mettere in atto le iniziative necessarie.

Il tempo per una visita deve essere per il 90% dedicato alla comunicazione e all'ascolto, e il 10% alla visita effettiva”, chiosa l'esperto.

Un pediatra, per appartenere alla SIPPS, “deve saper esprimere il massimo nella prevenzione soprattutto nel sociale, perché lavora con bambini, adolescenti e famiglie. Se il pediatra non ha una sensibilità nel sociale - conclude il Presidente - la sua attività è limitata”.

Cronicità, PS, liste di attesa e vaccini. Di Mauro: pediatra sia *case-manager*

Potenziare e riqualificare la medicina del territorio per garantire un'assistenza migliore e affrontare patologie più complesse. È questo l'obiettivo da raggiungere il prima possibile secondo Giuseppe Di Mauro, presidente SIPPS che, udito oggi dalla 12° Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato, ha avanzato proposte ed evidenziato criticità da affrontare su 4 temi prioritari di politica sanitaria: Piano nazionale della cronicità; Piano nazionale Prevenzione Vaccinale; Accesso improprio al Pronto soccorso; Governo delle liste di attesa e appropriatezza.

Nel primo punto proposto, Di Mauro fa presente che “per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), è prevista l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta (PLs) alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità così da rendere più efficaci ed efficienti i Servizi Sanitari in termini di prevenzione e assistenza. I PLs - prosegue il presidente della SIPPS - assumono il ruolo di *case-manager* e si pongono in rete con i nodi costituiti da punti nascita, Centri di patologia d'organo e strutture socio-assistenziali. Attuano, inoltre, l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP)”.

Il secondo obiettivo prioritario di politica sanitaria nazionale riguarda il Piano nazionale prevenzione vaccinale. “I pediatri

- puntualizza Di Mauro - vogliono dare un grande aiuto perché le vaccinazioni sono il cardine della prevenzione primaria e devono far parte della nostra attività”.

Passando alla questione dell'accesso improprio al Pronto Soccorso il presidente della SIPPS rende noto che “in molti distretti sono affidate ai pediatri di libera scelta le Unità di Continuità Assistenziale Pediatriche (UCAP), così da garantire l'assistenza pediatrica nei giorni prefestivi e festivi per le prestazioni ambulatoriali non differibili. Queste dovranno essere potenziate sul territorio nazionale. La gestione da parte dei PLs degli accessi in Pronto Soccorso - prosegue - è risultata e risulta particolarmente importante in questa pandemia e il supporto dato quotidianamente alle famiglie consente di gestire a domicilio i casi sospetti e accertati di Sars-CoV-2, nonché di evitare gli accessi impropri, avvalendosi anche dei nuovi strumenti di telemedicina”.

Non ultimo il ‘governo delle liste di attesa e appropriatezza’. In merito, secondo Di Mauro, “deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che devono distinguere i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e nelle indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti”.

Il pediatra può dare una mano importante per abbattere le liste di attesa attraverso la diagnostica di primo livello. “L'evoluzione delle cure pediatriche permette,

grazie alla disponibilità di test diagnostici e strumentali *point-of-care* (*self help* di studio), di circoscrivere la gestione di numerose patologie acute e croniche all'interno delle cure primarie, senza necessità di accedere ai servizi di secondo o terzo livello. Già oggi il bambino che entra nello studio del pediatra esce con la diagnosi e la terapia senza aver bisogno di rivolgersi ai Centri specialistici o al Pronto Soccorso, se non in pochissimi casi e con la massima appropriatezza. Noi pediatri - prosegue Di Mauro - abbiamo dato ampia disponibilità anche nella sorveglianza epidemiologica del COVID-19, per effettuare test rapidi antigenici presso i nostri ambulatori o le strutture distrettuali”.

Il supporto della pediatria di famiglia è noto anche in un ambito particolarmente critico come la neuropsichiatria infantile: “I PLs - spiega Di Mauro - effettuano nel proprio ambulatorio, oltre all'esame neurologico e alla valutazione dello sviluppo psicomotorio, anche gli screening di valutazione neuropsichiatrica. I PLs garantiscono la disponibilità e la possibilità dell'offerta di queste prestazioni, ma è necessario realizzarle impegnando le risorse e concordando gli accordi attuativi in molte regioni nell'ambito degli accordi integrativi regionali”. In Conclusione Di Mauro sottolinea che “l'organizzazione territoriale dovrà tener conto delle particolari conformazioni urbanistiche e geografiche, prevedendo strutture associative, in parte già realizzate, come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)”.

SIPPS: LE INIZIATIVE EDITORIALI DEL 2020

Guida pratica intersocietaria di Ortopedia pediatrica

SIPPS e SITOP, Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica, insieme sotto la guida attenta di Michele Fiore e Maria Carmen Verga, coordinatori dell'opera.

Verrà presentata in occasione del XXXII Congresso nazionale questa nuova e preziosa Guida pratica che, nello stile delle altre Guide pubblicate dalla SIPPS, offrirà ai pediatri uno strumento utile per la valutazione dell'apparato muscolo-scheletrico, per intercettare precoce-

mente patologie che poi necessitano di consulenza sub-specialistica, da parte dell'ortopedico pediatrico, come azione di prevenzione da parte del pediatra che ben si sposa con i principi della SIPPS.

Lontana dunque dall'essere un testo di Ortopedia pediatrica pura, sarà invece un testo agile e di facile consultazione, con lo scopo di dare indicazioni precise su cosa, quando e come fare diagnosi delle principali e più comuni patologie ortopediche del bambino.

Nella Guida saranno presi in considerazione, quindi, solo alcuni aspetti dell'Ortopedia pediatrica, senza approfondimenti specifici (che lasceremo alla curiosità del lettore) e saranno trattati in maniera specifica l'individuazione precoce di patologie ortopediche che interferiscono con il normale sviluppo della funzione muscolo-scheletrica/ostearticolare del bambino.



*Antonio Memeo,
Presidente SITOP e supervisore dell'opera*



Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS



*Michele Fiore e Maria Carmen Verga,
Coordinatori della Guida pratica*



Guida per la tutela della disabilità in pediatria

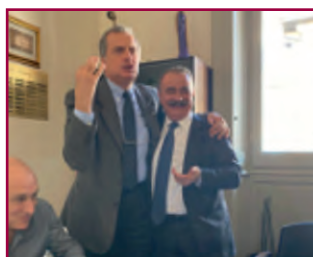
La nuova Guida pratica della SIPPS che torna a parlare ai genitori, dopo la bellissima esperienza de **Il bambino nella sua famiglia**. Realizzata non solo in collaborazione con le più prestigiose Società Scientifiche del settore pediatrico, ma avvalendosi anche della consulenza di Associazioni non mediche, come quella dei commercialisti e degli avvocati, sarà in grado di fornire le informazioni più dettagliate, precise e aggiornate su questo delicatissimo argomento che tocca così da vicino la SIPPS.

Non si parlerà dunque di patologia, ma di gestione della disabilità, delle leggi a favore della sua tutela, di assistenza domiciliare, di assicurazioni, fiscalità e assistenza psicologica.

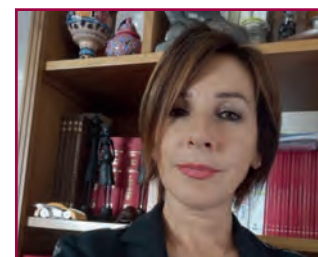
Fortemente desiderata da una coraggiosa coppia di genitori di tre figli disabili, entrambi medici e membri della SIPPS,

Marina Aimati e Claudio Farinelli, questa guida ha subito incontrato l'entusiasmo del consiglio direttivo della SIPPS e della SIP. La dottoressa Aimati, che figurerà tra gli estensori principali del documento, ha dichiarato, durante la sua presentazione del progetto, che nessuno meglio della SIPPS potrebbe gestire questo tipo di problematica, ma la sua perso-

nale esperienza sarà un preziosissimo valore aggiunto per aiutare tutte le famiglie che versano in questa difficile condizione. Vista l'importanza e la grande eco che questa guida avrà a livello nazionale, è già in previsione un costante aggiornamento della stessa, per allinearla con le nuove normative che verranno via via promulgate nelle successive legislature.



*Alberto Villani e Giuseppe Di Mauro, rispettivamente
Presidenti SIP e SIPPS, entusiasti dopo la presentazione
del progetto della Guida*



*Marina Aimati, Promotrice
del progetto e Membro della SIPPS*

Guida pratica per la diagnostica nello studio del pediatra di famiglia

Tra le novità attese per l'imminente rinnovo del Contratto Nazionale dei Pediatri di Famiglia c'è l'incentivo affinché ogni specialista, nel proprio ambulatorio, si attrezzi per eseguire alcuni esami diagnostici routinari, nell'ottica di un risparmio di risorse e per snellire le liste di attesa.

La FIMP, la SIPPS e la SICuPP hanno dunque voluto rispondere prontamente a questa nuova esigenza dei pediatri di famiglia con la realizzazione di questa Guida pratica.

I vari capitoli della Guida presenteranno dunque i vari test, descrivendone l'utilizzo e le modalità operative di esecuzione; la parte iniziale sarà però dedicata al vero e proprio significato di test diagnostico, poiché è fondamentale ricordare che non sempre dall'esame è possibile fare automaticamente una diagnosi, ma ogni risultato va attentamente contestualizzato. Saper sempre rispondere a queste tre semplici domande è importante per mantenere viva l'attenzione su questo aspetto fondamentale della scienza medica, che non è fatta di certezze, ma di probabilità:

- Perché eseguo questo esame?
- Cosa mi aspetto dall'esito?
- Il risultato orienterà in maniera determinante la mia diagnosi?



Mattia Doria



Marina Picca



Michele Fiore



**Paolo Becherucci,
Presidente SICuPP**



**Giuseppe Di Mauro,
Presidente SIPPS**



**Paolo Biasci,
Presidente FIMP**

difensil[®] IMMUNO

Per stimolare la normale funzione del sistema immunitario e prevenire le IRR



Integratore alimentare a base di Sambuco, Vitamine C, D, E, Zinco, con Arabinogalattani e *Lactobacillus acidophilus* tindalizzato (HA 122)



Efficacia clinica dimostrata

- **difensil[®] IMMUNO**

è risultato efficace nel trattamento dell'otite media effusiva e nella prevenzione dell'inflammatione delle vie aeree superiori¹

- Un recentissimo studio clinico ha confermato come **difensil[®] IMMUNO** sia un valido aiuto nel ridurre la frequenza e l'entità delle tonsilliti e degli episodi febbrili²

Modalità d'uso:

Bambini: 10 ml/die per 90 giorni¹ (per stimolare il sistema immunitario),
15 ml/die per 45 giorni¹ (secondo parere del medico)

Adulti: 15 ml/die per 45 giorni¹
(prolungabili a 90 giorni secondo necessità o parere del medico)

Senza glutine



Flacone da 150 ml con bicchierino dosatore

1. Della Volpe A et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 Jul;23(14):6360-6370. 2. Di Stadio A, Della Volpe A, Korsch FM, et al. Nutrients 2020, 12(6), 1637.



www.humana.it

Incubazione, contagiosità, riammissione a scuola per le più comuni malattie esantematiche e infettive dell'infanzia

Caprio AM¹, Casertano M¹, Longobardi G²

¹ Medico specializzando in Pediatria presso il Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia generale e specialistica, AOU-Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

² Pediatra di Famiglia, ASL Caserta

Riassunto

Tra gli argomenti che più spesso preoccupano i genitori, dando filo da torcere a qualsiasi pediatra, ci sono le malattie infettive. Domande frequenti poste in ambulatorio sono:

- quanto dura il periodo di incubazione?
- come si trasmette?
- per quanto tempo è contagioso?
- quali provvedimenti per il paziente e per i contatti?
- quando è possibile riprendere la scuola?
- è una malattia soggetta a notifica?

La grande esperienza di un pediatra di famiglia e la sua piena disponibilità ad insegnare, unite alla curiosità di due giovani specializzande, hanno consentito la realizzazione di questo articolo con il quale abbiamo cercato di sistematizzare le risposte che spesso sono disponibili solo consultando più testi.

Abstract

Infectious diseases are among the topics that most often concern parents, giving a hard time to any pediatrician. Frequently asked questions are:

- *how long does the incubation period last?*
- *how is the disease transmitted?*
- *how long is it contagious?*
- *what measures for the patient and for contacts?*
- *when is it possible to return to school?*
- *is it a notifiable disease?*

The great experience of a family pediatrician and his full willingness to teach, combined with the curiosity of two young postgraduates, have allowed the creation of this article with which we have tried to systematize the answers that are often available only by consulting several texts.

Parole chiave

malattie esantematiche, malattie infettive, incubazione, contagiosità, scuola

Key words

exanthematous disease, infectious diseases, incubation, contagiousness, school

Introduzione

Le patologie trattate in questo articolo possono essere suddivise in due principali macroaree: le malattie esantematiche e quelle infettive.

Ogni malattia verrà trattata seguendo uno schema comune per ottimizzare le informazioni veicolate e permettere una ricerca rapida dei contenuti utili.

MALATTIE ESANTEMATICHE

Malattia mano-piede-bocca ed herpangina

Agenti: Coxsackievirus (A6 e A16) ed enterovirus 71.

Periodo di incubazione: 3-7 giorni.

Periodo di contagiosità: per 1 settimana circa dall'infezione, anche se l'eliminazione con le feci può continuare per più di 1 mese. Possibilità di contagio molto elevata.

Trasmissione: saliva, urine e via oro-fecale, rara ma possibile trasmissione madre-figlio in periodo perinatale.

Provvedimenti per il paziente: nessuno.

Consigli per i contatti: nessuno.

Riammissione a scuola: consigliata la riammissione a scuola dopo la scomparsa della febbre e la guarigione delle lesioni orali.

Notifica: no.

NB Coxsackie ed enterovirus sono responsabili di due principali quadri clinici nell'infanzia: la sindrome mano-piede-bocca e l'herpangina, particolarmente frequenti in inverno-primavera in Italia.

Le forme causate da enterovirus 71 sono in genere più gravi di quelle causate da coxsackievirus.

Morbillo

Agente: Morbillivirus.

Periodo di incubazione: 7-18 giorni (in genere 8-12 giorni).

Periodo di contagiosità: da 3-5 giorni prima a 4-6 giorni dopo la comparsa dell'esantema, la contagiosità è molto elevata e raggiunge circa il 90% per gli individui suscettibili.

Trasmissione: grandi e piccole droplets attraverso le vie respiratorie e la congiuntiva.

Provvedimenti per il paziente: isolamento domicili-

liare per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema. Consigliata vit. A solo in categorie specifiche.*

Consigli per i contatti: vaccino entro 72 ore dall'esposizione nei soggetti con più di 6 mesi di vita non vaccinati o in quelli che hanno ricevuto una sola dose**; Ig standard 0,25 ml/kg i.m. entro 6 giorni dall'esposizione per soggetti a rischio immunocompetenti, dose 0,50 ml/kg i.m. o e.v. nei soggetti immunodepressi e nelle donne in gravidanza. In caso di somministrazione di Ig, dopo 5-6 mesi va somministrata una dose di vaccino (purché il bambino abbia più di 12 mesi).

Riammissione a scuola: dopo almeno 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.***

Notifica: sì.

*NB *La terapia con vit. A è consigliata soprattutto, ma non solo, nei bambini con immunodepressione, malnutrizione, malassorbimento o in quelli tra i 6 e i 24 mesi in presenza di complicanze (dose giornaliera, da praticare per 2 giorni: 200.000 UI per bambini con più di 12 mesi; 100.000 UI per bambini 6-11 mesi; 50.000 UI al di sotto dei 6 mesi. La terapia va praticata per 2 giorni).*

***In caso di bambini che ricevono il vaccino tra i 6 e gli 11 mesi, questi riceveranno poi anche le dosi standard previste a 15 mesi e 5-6 anni poiché la probabilità di ottenere l'immunizzazione a quest'età è molto bassa. Nei bambini con più di 12 mesi e negli adulti, invece, si provvederà alla somministrazione del ciclo vaccinale completo nelle due dosi classiche. Chi ha già ricevuto una dose di vaccino, riceverà solo la seconda dose. Tra una dose di vaccino e l'altra dovranno comunque intercorrere sempre almeno 28 giorni.*

****I bambini che hanno avuto contatti stretti con soggetti affetti ma non hanno ricevuto il vaccino entro 72 ore dovrebbero essere esclusi da scuola per almeno due settimane dall'esordio del rash nel soggetto affetto.*

Quinta malattia (megaloeritema)

Agente: Parvovirus B19.

Periodo di incubazione: 4-21 giorni (in genere 4-14 giorni).

Periodo di contagiosità: la settimana prima della comparsa dell'esantema.

Trasmissione: secrezioni nasofaringee, sangue, materno-fetale.

Provvedimenti per il paziente: nessuno in particolare.

Consigli per i contatti: particolarmente esposte a ri-

schio di contagio sono le insegnanti delle scuole elementari e medie. Solo per le donne gravide, valutazione post-esposizione dello stato anticorpale. In caso di infezione acuta, monitoraggio stretto (possibile danno al feto se infezione nelle prime 20 settimane di gravidanza, anche se il rischio è relativamente basso), possibile la diagnosi prenatale tramite ricerca del DNA virale nel sangue fetale o nel fluido amniotico.

Riammissione a scuola: da subito perché quando compare l'esantema il paziente non è più contagioso.

Notifica: no.

Rosolia

Agente: Rubivirus.

Periodo di incubazione: 14-21 giorni.

Periodo di contagiosità: da pochi giorni prima a 7 giorni dopo la comparsa dell'esantema.*

Trasmissione: secrezioni nasofaringee.

Provvedimenti per il paziente: isolamento domiciliare per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.

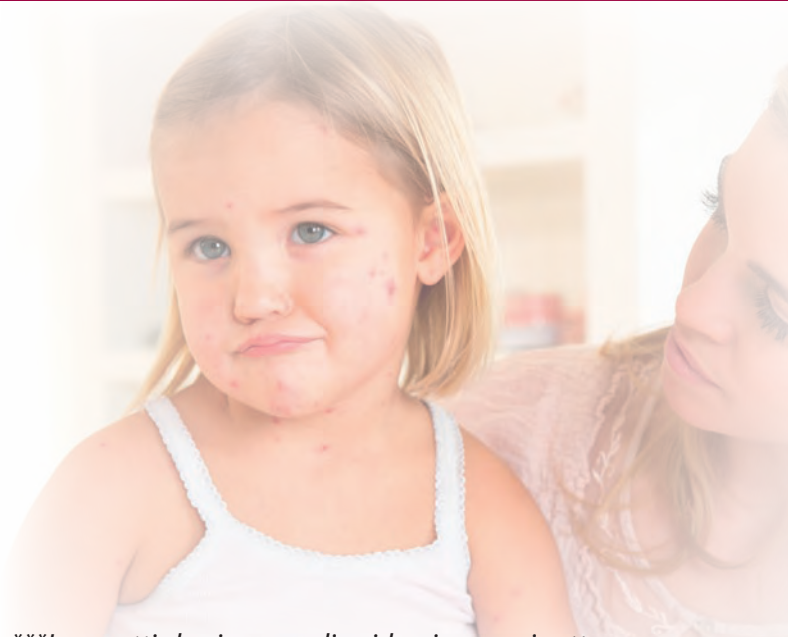
Consigli per i contatti: vaccino entro 72 ore nei soggetti non immuni necessario solo nei casi di epidemie; nei casi isolati può essere o non essere eseguito, poiché non previene l'infezione ma protegge solo per una futura esposizione; Ig specifiche solo in gravide suscettibili, se non si vuole interrompere la gravidanza (poco utile).**

Riammissione a scuola: dopo 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.***

Notifica: sì.

*NB *I neonati affetti da rosolia congenita possono eliminare il virus con secrezioni e urine ed essere contagiosi per molti mesi dopo la nascita, è richiesto pertanto l'isolamento da contatti suscettibili fino all'età di 1 anno.*

***Se una donna gravida si espone a un soggetto con rosolia e non conosce il suo precedente stato anticorpale, deve subito eseguire un prelievo per ricercare gli anticorpi IgM e IgG e valutare un'eventuale positizzazione delle IgM in assenza di IgG. La comparsa delle IgM è infatti indicativa di infezione, ma somministrare le Ig in questi casi non previene l'instaurarsi di una rosolia congenita, anche se può ridurre il rischio. Per tale motivo è indicata una valutazione dello stato anticorpale per la rosolia in tutte le donne in età fertile in modo da poter effettuare, se necessario, la vaccinazione prima di un eventuale concepimento (almeno 28 giorni prima).*



****I soggetti che, in corso di epidemia, non si sottopongono a vaccinazione dovranno essere esclusi da scuola per tre settimane dall'esordio del rash nell'ultimo caso dell'epidemia.*

Scarlattina

Agente: Streptococco beta emolitico di gruppo A (SBEGA).

Periodo di incubazione: 2-5 giorni.

Periodo di contagiosità: nei casi non trattati, dalla comparsa dei primi sintomi fino a 2-3 settimane dopo la comparsa dell'esantema, con massima contagiosità durante la fase acuta; nei casi trattati, la contagiosità cessa dopo le prime 24-48 ore dall'inizio di un'adeguata terapia antibiotica.

Trasmissione: secrezioni nasofaringee, raramente anche attraverso cibi infetti.

Provvedimenti per il paziente: isolamento domiciliare per 2 giorni dall'inizio della terapia antibiotica. Terapia con amoxicillina per 10 giorni (50 mg/kg/die anche in monosomministrazione giornaliera, dose massima 1000 mg/die).

Consigli per i contatti: sorveglianza sanitaria di conviventi e contatti stretti (inclusi compagni di classe ed insegnanti) per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso ed esecuzione di indagini colturali (tamponi faringei) solo nei soggetti sintomatici o asintomatici, ma in presenza di situazioni epidemiche e in quelle ad alto rischio.

Riammissione a scuola: dopo almeno 24 ore dall'inizio di un'adeguata terapia antibiotica.

Notifica: sì.

NB Non è indicata la ripetizione del tampone faringeo nei bambini sani che hanno presentato una buona risposta alla terapia. Dopo una corretta terapia il tampone faringeo va ripetuto solo nei bambini che continuano a presentare faringiti ricorrenti anche dopo adeguata terapia antibiotica o in casi particolari (aree endemiche per infezione da streptococco, storia personale o familiare di febbre reumatica e/o glomerulonefrite acuta post-streptococcica). I portatori cronici di SBEGA raramente trasmettono lo streptococco ad altre persone.

Sesta malattia (esantema subitum)

Agente: Herpes virus 6.

Periodo di incubazione: 5-15 giorni (in genere 9-10 giorni).

Periodo di contagiosità: massima durante il periodo febbrile.

Trasmissione: secrezioni nasofaringee, saliva.

Provvedimenti per il paziente: nessuno.

Consigli per i contatti: nessuno.

Riammissione a scuola: non indicato l'isolamento poiché il virus può essere eliminato a lungo anche dai portatori asintomatici.

Notifica: no.

NB Tipica dei primi 2 anni di vita.

Varicella

Agente: Virus Varicella-Zoster.

Periodo di incubazione: 10-21 giorni (in genere 14-15 giorni).

Periodo di contagiosità: da 1-2 giorni prima a 5 giorni dalla comparsa delle vescicole (la contagiosità può durare fino alla comparsa delle croste).

Trasmissione: goccioline respiratorie, contatto con le vescicole, contatto con persone affette da zoster.

Provvedimenti per il paziente: isolamento domiciliare finché tutte le lesioni non diventano crostose, evitando in particolar modo contatti con lattanti e con donne gravide che non abbiano già contratto in precedenza la malattia, soprattutto se a termine. Terapia con aciclovir (entro 24-48 ore dalla comparsa dell'esantema, periodo di massima replicazione del virus) solo in alcuni casi.*

Consigli per i contatti: vaccino entro 5 giorni dall'e-

sposizione nei soggetti suscettibili di età >12 mesi (la seconda dose di vaccino verrà poi somministrata in base alle raccomandazioni per età, ma sempre a distanza di almeno 28 giorni dalla prima); Ig specifiche entro 10 giorni in alcuni casi a rischio.**

Riammissione a scuola: quando le lesioni sono tutte in fase crostosa o se non compaiono nuove lesioni vescicolose da 24 ore (nelle forme che non sviluppano croste). Può frequentare la piscina solo dopo che tutte le crosticine siano cadute.

Notifica: sì.

*NB *La terapia con farmaci antivirali (es. aciclovir 20 mg/kg/dose per 4 volte al giorno per 5 giorni) da cominciare entro 24-48 ore dall'inizio dell'esantema, può essere un'opzione per tutti, anche se attualmente è fortemente raccomandata solo per soggetti a rischio di forme moderato-gravi: bambini >12 anni non vaccinati; bambini affetti da malattie respiratorie o cutanee croniche o in trattamento con steroidi o acido acetilsalicilico; donne in gravidanza nel secondo-terzo trimestre. Secondo alcuni esperti la terapia con antivirali potrebbe essere consigliata anche in caso di successiva infezione di altri membri della famiglia (infezione secondaria, che in genere ha un decorso più grave). La terapia con i farmaci antivirali determina soltanto una modesta riduzione dei sintomi.*

***Le Ig specifiche post-esposizione sono indicate nei soggetti a rischio: bambini immunocompromessi non vaccinati, donne in gravidanza, neonati nati da madre affetta da varicella tra 5 giorni prima e 2 giorni dopo il parto, neonati prematuri ospedalizzati >28 settimane la cui madre non ha prove di immunità contro la varicella, neonati prematuri <28 settimane o con meno di 1 kg indipendentemente dallo stato immunitario della mamma.*

MALATTIE INFETTIVE

Brucellosi

Agente: *Brucella*.

Periodo di incubazione: da 1 settimana a vari mesi, in media 3 settimane.

Periodo di contagiosità: rarissimo il contagio interumano.

Trasmissione: ingestione latte non pastorizzato e prodotti caseari; contatto con animali infetti (inalazione di aerosol, penetrazione attraverso ferite cutanee o attra-

verso la congiuntiva). Rara la trasmissione attraverso il latte materno.

Provvedimenti per il paziente: terapia antibiotica combinata mirata per 6-8 settimane (cotrimossazolo e rifampicina nei bambini di età inferiore a 8 anni; doxiciclina e rifampicina nei bambini di età maggiore a 8 anni).

Consigli per i contatti: nessuno.

Riammissione a scuola: a guarigione clinica avvenuta.

Notifica: sì.

Epatite A

Agente: HAV.

Periodo di incubazione: da 15 a 50 giorni, in media 28-30 giorni.

Periodo di contagiosità: il virus è presente nelle feci da 7-10 giorni prima della comparsa dei sintomi fino a circa una settimana dopo; l'infettività è massima nell'ultima fase del periodo di incubazione. Il virus è presente nel sangue solo per pochi giorni. Nei neonati e nei bambini piccoli il virus può essere presente nelle feci anche per periodi più lunghi, sebbene l'infezione tenda ad essere più frequentemente asintomatica (il 70% dei bambini con meno di 6 anni di età non sviluppa sintomi).

Trasmissione: oro-fecale; ingestione di bevande o cibi contaminati (acqua o alcuni cibi crudi o non cotti a sufficienza, in particolare molluschi allevati in acque inquinate). Molto raramente la trasmissione avviene attraverso sangue contaminato.

Provvedimenti per il paziente: terapia di supporto, in associazione alle misure preventive standard (ad esempio si consiglia di evitare la manipolazione dei cibi per almeno una settimana dopo la comparsa dei sintomi).

Consigli per i contatti: somministrazione del vaccino nei soggetti sani con età compresa tra 1 anno e 40 anni; somministrazione delle immunoglobuline nei bambini con età <1 anno o negli adulti con età >40 anni, nei pazienti immunodepressi, epatopatici cronici e in quelli con controindicazioni al vaccino. I soggetti che ricevono le immunoglobuline e che avrebbero indicazione anche alla vaccinazione (es. immunodepressi e epatopatici cronici con età >1 anno) devono riceverli entrambi. Sia per il vaccino sia per le immunoglobuline, la somministrazione dovrà avvenire entro due settimane dall'esposizione; se sono passate più di due settimane dall'esposizione, non è necessaria profilassi. Le misure descritte sono indicate solo per familiari e

contatti sessuali o in Centri per bambini/asili.*

Riammissione a scuola: dopo almeno una settimana dall'insorgenza dei sintomi; per i contatti asintomatici dopo la somministrazione delle immunoglobuline.

Notifica: sì.

*NB *Nel caso di coinvolgimento di Centri in cui sono ammessi bambini che indossano il pannolino, se ≥ 1 caso è confermato tra i bambini e i membri dello staff, o ≥ 2 casi tra i contatti dei dipendenti o tra le famiglie dei bambini, le immunoglobuline (o il vaccino) dovrebbero essere somministrate a tutti i soggetti non vaccinati della struttura (bambini e personale). Nel caso di Centri in cui non sono ammessi bambini che utilizzano il pannolino, il vaccino o le Ig andranno somministrate ai contatti avuti in classe del soggetto infetto (bambini e personale). Se ci sono casi di epatite A in 3 o più famiglie, il vaccino o le Ig andranno somministrate anche ai familiari di bambini che portano il pannolino e al personale.*

Epatite B

Agente: HBV.

Periodo di incubazione: 45-160 giorni, in media 90 giorni.

Periodo di contagiosità: da alcune settimane prima dell'eventuale comparsa dei sintomi e per tutta la durata della malattia. Tutti i soggetti HBsAg positivi sono potenzialmente infettanti.

Trasmissione: esposizione diretta a sangue infetto attraverso la cute (tramite aghi, lacerazioni, morsi), le mucose (es. congiuntivale), tramite l'uso di oggetti contaminati (spazzolini, asciugamani, forbici, pettini, rasoi); contatto con fluidi corporei (siero, liquido spermatico, secrezioni vaginali, liquido amniotico). La possibilità di contagio attraverso trasfusione è attualmente inesistente nei Paesi industrializzati, mentre ancora possibile in Paesi in via di sviluppo. La trasmissione verticale dell'HBV è frequente ed avviene principalmente al momento del travaglio o del parto.

La trasmissione in utero è rara. Il rischio di trasmissione dell'infezione materno-fetale è del 90% se la madre è sia HbsAg sia HBeAg positiva, 5-20% se è HbsAg positiva ma HBeAg negativa, 32% se è HbsAg positiva ma HBeAg negativa.

Provvedimenti per il paziente: terapia specifica con antivirali nei casi di infezione cronica.

Consigli per i contatti: in caso di esposizione diretta a

sangue HbsAg positivo:

- I soggetti non vaccinati devono ricevere sia le immunoglobuline sia la vaccinazione (possibilmente entro 24 ore). La schedula vaccinale andrà completata secondo le raccomandazioni per età.
- I bambini che non hanno completato il ciclo vaccinale devono ricevere le immunoglobuline (possibilmente entro 24 ore) e completare la schedula.
- Per i soggetti vaccinati in precedenza, di cui non si conosca la risposta anticorpale al ciclo di immunizzazione primaria, è indicata la somministrazione di immunoglobuline specifiche insieme a una dose di vaccino (possibilmente entro 24 ore) e l'esecuzione di un test per la ricerca degli anticorpi anti-HBs a distanza di almeno un mese.

Se non si conosce lo stato infettivo della fonte di contagio (es. vittime di violenze sessuali, puntura con ago di soggetto non noto), è indicata per i soggetti non vaccinati solo la somministrazione della prima dose di vaccino entro 24 ore (la schedula vaccinale andrà poi completata secondo le raccomandazioni per età). La profilassi post-esposizione, in questi casi, non è necessaria per le persone che possano certificare il completamento del ciclo vaccinale.

Per i contatti familiari è sufficiente la vaccinazione secondo le raccomandazioni per età. Solo per i contatti familiari di età <12 mesi, sia non vaccinati sia con ciclo vaccinale incompleto, è indicata la somministrazione di immunoglobuline e il successivo completamento della schedula.*

Per quanto riguarda invece i neonati nati da madre HbsAg+, entro 12 ore dalla nascita è indicata la somministrazione della prima dose di vaccino in associazione alle immunoglobuline specifiche (verrà poi stabilito uno schema vaccinale con tempi e numero di dosi variabili in base alla risposta anticorpale, al peso alla nascita del bambino e al tipo di vaccino utilizzato).

Riammissione a scuola: l'allontanamento del bambino portatore cronico di epatite B non è indicato a meno che non ci siano fattori di rischio, come comportamenti aggressivi (rischio di morsi), dermatiti generalizzate o problemi di sanguinamento.

Notifica: sì.

*NB *In ogni caso, l'immunoprofilassi deve essere sempre somministrata il prima possibile ed entro 24 ore dall'esposizione (difficilmente la profilassi è efficace se iniziata dopo più di 7 giorni, in caso di esposizioni percutanee, o*

14 giorni in caso di esposizione sessuali). Le immunoglobuline specifiche vanno somministrate entro massimo il 7° giorno ed il ciclo di vaccinazione per il trattamento post-esposizione va iniziato entro il 14° giorno al massimo dal contatto potenzialmente infettante.

Epatite C

Agente: HCV.

Periodo di incubazione: 2 settimane-6 mesi (in media 6-7 settimane).

Periodo di contagiosità: per tutta la durata della malattia, a partire da 1-2 settimane dopo aver contratto l'infezione. Tutte le persone HCV-RNA positive sono considerate infettive.

Trasmissione: prevalentemente attraverso esposizione percutanea a sangue infetto (attraverso ferite da aghi o da altri oggetti per iniezione). Più rara la trasmissione attraverso rapporti sessuali (è necessaria una carica virale più alta rispetto all'epatite B per contrarre l'infezione). Per i bambini la via di trasmissione più frequente è quella materno-fetale (probabilità di trasmissione al feto da madre HCV positiva del 5-6%).



Non è stata dimostrata la trasmissione attraverso il latte materno, quindi donne con epatite C possono allattare al seno purché sospendano immediatamente l'allattamento in caso di lesioni sanguinanti sul capezzolo (es. ragadi) o in caso di mastite.

Provvedimenti per il paziente: terapia antivirale specifica. Tutti i soggetti con infezione cronica da HCV devono essere vaccinati contro i virus dell'epatite A e B. Il soggetto con infezione da epatite C dovrà astenersi dal donare sangue e dal condividere spazzolini o rasoio con altri individui.

Consigli per i contatti: non è attualmente disponibile un vaccino e non è indicata la somministrazione di immunoglobuline per i soggetti esposti al sangue di un individuo con un'infezione da epatite C. Per i figli nati da madre infette, vanno ricercati gli anticorpi anti-HCV dopo i 18 mesi di vita (prima dei 18 mesi è ancora possibile ritrovare in circolo gli anticorpi materni). L'HCV-RNA, invece, potrebbe essere ricercato già a 1-2 mesi di vita).

Riammissione a scuola: non è indicato l'allontanamento da scuola dei bambini con epatite C.

Notifica: sì.

Influenza

Agente: Orthomyxovirus.

Periodo di incubazione: 1-4 giorni, in media 2 giorni.

Periodo di contagiosità: la contagiosità è massima da 24-48 ore prima dell'inizio dei sintomi fino al picco della sintomatologia, ma il virus persiste comunque nelle secrezioni nasali fino a 5-7 giorni dopo l'inizio della malattia. I bambini più piccoli e i soggetti immunocompromessi possono essere contagiosi anche per un periodo più lungo.

Trasmissione: prevalentemente per contatto diretto con il soggetto infetto, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni naso-faringee (tosse/starnuti). È possibile anche la trasmissione indiretta tramite oggetti da poco contaminati da secrezioni naso-faringee.

Provvedimenti per il paziente: terapia prevalentemente sintomatica (antipiretici, adeguata idratazione, riposo). Solo in casi specifici può essere valutata eventuale terapia con farmaci antivirali (oseltamivir, zanamivir).

Consigli per i contatti: sono indicate le misure abituali di protezione personale (lavaggio accurato delle mani, evitare contatti stretti con la persona infetta, eventuale

uso di mascherina). La misura preventiva più efficace è rappresentata dal vaccino. È consigliato vaccinare annualmente contro l'influenza i bambini di età maggiore di 6 mesi che presentano maggior rischio di complicazioni per la presenza di patologie di base e i familiari e i contatti stretti di questi ultimi. Allo stesso modo si consiglia di vaccinare i bambini con età >6 mesi che vivono con persone ad alto rischio di complicanze. In questi casi (e altri definiti con precisione dal Ministero della Salute nelle raccomandazioni annuali di prevenzione dell'influenza) il vaccino è offerto gratuitamente dall'ASL. Per la stagione 2020-2021, ad esempio, a causa dell'emergenza COVID-19, gran parte delle Regioni italiane offrono gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni. In altri casi il vaccino può essere comunque consigliato, ad esempio ai bambini che frequentano una collettività infantile.

Riammissione a scuola: dopo almeno 48 ore dalla scomparsa della febbre.

Notifica: no.

Mononucleosi

Agente: EBV.

Periodo di incubazione: 4-6 settimane.

Periodo di contagiosità: variabile, poiché l'eliminazione del virus con la saliva può continuare anche per settimane o mesi dopo la comparsa dei sintomi.

Trasmissione: saliva (conosciuta come "malattia del bacio"), sangue, rapporti sessuali.

Provvedimenti per il paziente: riposo e buona idratazione. Evitare solo attività sportiva da contatto per circa 3 settimane in caso di splenomegalia, per possibile rottura della milza in caso di eventi traumatici.

Consigli per i contatti: non sono necessarie misure di isolamento per il paziente. Bisogna solo evitare contatti con la saliva del bambino affetto (quindi evitare di utilizzare stesche posate, bicchieri, asciugamani e di condividere cibo o bevande).

Riammissione a scuola: dopo 2-3 giorni dalla scomparsa della febbre, se le condizioni generali sono buone; altrimenti è consigliabile aspettare qualche giorno in più.

Notifica: no.

Parotite

Agente: Paramyxovirus.

Periodo di incubazione: 12-25 giorni (in media 16-18).

Periodo di contagiosità: da 7 giorni prima a 7-9 giorni dopo l'inizio della tumefazione (con massima contagiosità da 1-2 giorni prima a 5 giorni dopo l'inizio della tumefazione).

Trasmissione: per contatto diretto con soggetto infetto, attraverso saliva e secrezioni respiratorie (es. tosse/starnuti).

Provvedimenti per il paziente: terapia solo sintomatica.

Consigli per i contatti: nei soggetti non vaccinati è indicato il vaccino, ma la sua somministrazione non previene la comparsa della malattia.

Riammissione a scuola: dopo 5 giorni dalla comparsa della tumefazione della parotide.*

Notifica: sì.

*NB *In caso di epidemia: tutti i soggetti non vaccinati con età >12 mesi dovrebbero ricevere la prima dose di vaccino; gli studenti (e il personale sanitario) che hanno ricevuto una sola dose di vaccino dovrebbero riceverne una seconda; i soggetti che non hanno documentazione relativa alla vaccinazione devono essere vaccinati o esclusi da scuola fino al 26° giorno dopo l'esordio dell'ultimo caso di parotite. Dopo la vaccinazione, invece, la riammissione a scuola può essere immediata.*

Pediculosi del capo

Agente: *Pediculus humanus capitis*

Periodo di incubazione: circa 1 settimana (in genere 6-9 giorni), cioè il periodo che va dalla deposizione delle uova fino a quando le larve si schiudono. Dopo circa 7 giorni, le larve raggiungono lo stadio adulto.

Periodo di contagiosità: fintanto che uova, forme larvali o adulte sono presenti e vitali sulle persone infestate (o su indumenti ed altri oggetti personali, su cui i pidocchi possono restare vivi fino a 2 giorni).

Trasmissione: prevalentemente tramite contatto diretto con il soggetto infetto. Più raramente attraverso il contatto con oggetti personali del soggetto infetto (spazzole, cappelli, sciarpe, cuscini, coperte).

Provvedimenti per il paziente: Wet combing*; applicazione di shampoo, lozioni, gel o spray medicati;** pettini e spazzole vanno immersi in acqua calda per 10 minuti e/o lavati con shampoo antiparassitario. È ne-

cessario disinfettare cappelli, asciugamani, lenzuola, coperte utilizzate dalla persona infetta, in acqua calda (>60 °C) o a secco, oppure lasciare gli indumenti all'aria aperta per almeno 48 ore (pidocchi e uova muoiono in 5 minuti se esposti a temperature superiori ai 53,5°).

Consigli per i contatti: sorveglianza sanitaria e trattamento precoce solo dei contatti infestati (cioè con almeno 1 pidocchio visibile). I compagni di letto vanno invece trattati in via preventiva, anche se non presentano pidocchi.

Riammissione a scuola: 24 ore dopo aver iniziato adeguato trattamento, anche se con lendini ancora presenti.***

Notifica: sì.

*NB *Wet combing: è una pratica che consiste nel pettinare i capelli, dopo averli bagnati, dalla base alla punta con un pettine a denti fitti per cinque-quindici minuti ogni 2-3 giorni, per almeno 2 settimane o comunque fino a quando per 3 trattamenti successivi non si vedano più pidocchi. Lo scopo è eliminare tutti i pidocchi vivi, il cui ciclo vitale completo è di circa 3 settimane.*

***I prodotti medicati sono a base di insetticidi come la permetrina, i derivati della piretrina e il malation. Nei bambini al di sotto dei due anni e nelle donne in gravidanza è preferibile evitare questi prodotti e prediligere la rimozione meccanica tramite pettine (laddove sia necessario, la permetrina è il più sicuro tra i 3). Devono essere applicati in modo uniforme sul cuoio capelluto e sui capelli per l'intera lunghezza, lasciati in sede per almeno 30 minuti e, quindi, risciacquati. In alternativa si possono utilizzare prodotti a base di oli vegetali che agiscono come agenti soffocanti il pidocchio, come il dimeticone al 4%. Per essere sicuri di uccidere anche i pidocchi schiusi dopo il primo trattamento, è necessario praticare un secondo trattamento a distanza di 7-10 giorni dal primo (quando tutte le uova eventualmente presenti si siano schiuse).*

****Le lendini possono restare attaccate al capello anche quando sono morte o vuote. Per questo in presenza di lendini, se si è certi che è stata iniziata adeguata terapia, il bambino può essere riammesso a scuola.*

Pertosse

Agente: *Bordetella pertussis*.

Periodo di incubazione: 5- 21 giorni (in media 10 giorni).

Periodo di contagiosità: la contagiosità è massima nella fase catarrale e nelle prime 2-3 settimane dall'ini-

zio della fase parossistica. Nei pazienti trattati con antibiotico adeguato (macrolide) la contagiosità si estingue in circa 5 giorni dall'inizio della terapia.

Trasmissione: gocce aerosoliche generate da tosse e starnuti. Il batterio non sopravvive a lungo nell'ambiente. Dato che né il vaccino né l'infezione stessa conferiscono un'immunità permanente, si possono verificare con una certa frequenza casi di pertosse in età scolare, adolescenziale o negli adulti. Proprio gli adolescenti e gli adulti con sintomi lievi sono un'importante fonte di infezione per lattanti e bambini piccoli.

Provvedimenti per il paziente: il paziente con sospetto di malattia deve essere isolato e visitato con mascherina. Va intrapresa la terapia antibiotica specifica; l'antibiotico di scelta è l'azitromicina, somministrata per 5 giorni. La terapia va iniziata nella fase catarrale; l'inizio della terapia durante la fase parossistica non migliora significativamente il decorso della malattia, ma è comunque raccomandata per limitare il contagio.

Consigli per i contatti: tutti i contatti stretti (anche i compagni d'asilo) e i conviventi devono ricevere una profilassi antibiotica, indipendentemente dallo stato vaccinale e dall'età, per limitare la diffusione della malattia. In caso di soggetti ad alto rischio di pertosse grave o conviventi di soggetti ad alto rischio di pertosse grave, come lattanti o donne gravide, è consigliata la profilassi anche se il contatto non è stato stretto. La profilassi antibiotica va intrapresa entro 21 giorni dal contatto con il caso infetto (nei soggetti a rischio di cui sopra, si può considerare la necessità di una profilassi anche se sono trascorsi più di 21 giorni). Lo schema terapeutico utilizzato per la profilassi è lo stesso usato per il trattamento della pertosse. I contatti stretti con età minore di 7 anni che non siano vaccinati o non abbiano completato la schedula vaccinale devono iniziare o continuare la vaccinazione antipertosse.

Riammissione a scuola: dopo 5 giorni dall'inizio della terapia antibiotica o dopo 21 giorni dall'inizio dei sintomi (se la terapia antibiotica non è stata praticata).

Notifica: sì.

NB Dato che i sintomi della pertosse negli adolescenti e negli adulti possono essere lievi e la malattia può non essere diagnosticata, c'è un alto rischio di trasmissione ai neonati che non hanno cominciato il ciclo vaccinale e che possono sviluppare, in caso di malattia, complicanze gravi. È in corso la revisione delle strategie vaccinali per garantire una protezione ai neonati, proponendo la vaccinazione alle donne in gravidanza, a tutti i componenti

del nucleo familiare e a coloro che saranno a stretto contatto col neonato. Nell'ultimo Piano Nazionale Vaccinale, è contenuta la raccomandazione di richiamare nelle gestanti l'immunizzazione dalla pertosse con il vaccino trivalente (pertosse, tetano e difterite, dTpa). Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28ª settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa a ogni gravidanza.

Rotavirus

Agente: Rotavirus.

Periodo di incubazione: 1-7 giorni (in media meno di 48 ore).

Periodo di contagiosità: dalla comparsa della diarrea fino a 2-5 giorni dopo l'arresto della stessa. Talvolta il virus è presente in alte percentuali nelle feci di pazienti infetti già diversi giorni prima della comparsa dei sintomi.

Trasmissione: oro-fecale, sia per contatto diretto da persona a persona (prevalentemente attraverso la contaminazione delle mani), sia attraverso cibi o oggetti contaminati (nei Centri di assistenza per l'infanzia il virus può essere trovato sui giocattoli o sulle superfici dure). L'infezione è particolarmente frequente negli asili nido e nelle scuole materne, per la tendenza dei bambini di quest'età a portare le mani alla bocca (il rotavirus è la prima causa di diarrea grave nei bambini <5 anni).

Provvedimenti per il paziente: non esiste una terapia specifica. È fondamentale un'adeguata reidratazione, preferibilmente per via orale. Se ciò non fosse possibile, come spesso accade nei bambini molto piccoli, può essere necessario il ricovero e l'attuazione di una reidratazione per via endovenosa.

Consigli per i contatti: per prevenire la diffusione delle malattie diarroiche è fondamentale mantenere buone condizioni igieniche sia a casa sia negli asili nido. Lavarsi le mani con il sapone o con altri detergenti non uccide il virus, ma può limitarne la diffusione. L'ipoclorito di sodio (comune candeggina) ha un buon potere virucida e diluita con acqua (1/3 candeggina, 2/3 acqua) è utile per la disinfezione delle superfici non porose. Ad oggi sono disponibili due vaccini contro il

rotavirus, RV1 (vaccino monovalente) e RV5 (vaccino pentavalente), entrambi somministrati per via orale e raccomandati universalmente per tutti i bambini a partire dalla sesta settimana di vita. La prima dose va somministrata tra le 6 e le 14 settimane (+6 giorni) di età. Il ciclo vaccinale del vaccino monovalente consta di due dosi, da somministrare a 2 e 4 mesi; per il pentavalente sono previste 3 dosi da somministrare a 2, 4 e 6 mesi di vita. Tra una dose e l'altra dovrebbero intercorrere almeno 4 settimane. L'ultima dose, a seconda del tipo di vaccino scelto, va somministrata entro 24 o 32 settimane di vita.

Riammissione a scuola: in media la diarrea da rotavirus ha una durata di 3-8 giorni. È indicato l'allontanamento da scuola fino ad avvenuta guarigione clinica della fase acuta e secondo le norme applicabili a tutte le forme di diarrea (esclusione dalla comunità fino a quando le feci siano contenute nel pannolino, i bambini addestrati al bagno non si sporchino e quando il numero delle evacuazioni non sia più di 2 scariche al di sopra della normale frequenza del bambino).

Notifica: no.

Salmonellosi

Agenti: *Salmonella* enterica sierotipi *typhi* e *paratyphi* A, B, C sono responsabili delle febbri enteriche (febbre tifoide o paratifoide), frequenti nei Paesi in via di sviluppo; altri sierotipi di *Salmonella* sono responsabili di quadri di enterocolite, frequenti nei Paesi industrializzati.

Periodo di incubazione: per le febbri enteriche in media 7-14 giorni (ma può variare da 3 giorni a 2 mesi). Per le enterocoliti da *Salmonella* (salmonellosi minori), il periodo di incubazione è di 6-72 ore, in media 24 ore.

Periodo di contagiosità: dura fino a quando il batterio è presente nelle feci; tale periodo ha una durata variabile. In caso di febbre tifoide, l'eliminazione del batterio con le feci ha solitamente una durata non superiore alle 12 settimane; raramente può durare più di 3 mesi e talvolta prolungarsi per più di anno, definendo lo stato di portatore cronico. In caso di enterite la durata dell'escrezione del batterio è mediamente di 4-5 settimane; il periodo si prolunga fino a 12 settimane o più, soprattutto in bambini di età <5 anni o quelli trattati con terapia antibiotica

Trasmissione: oro-fecale; tramite ingestione di acqua o alimenti contaminati, soprattutto se crudi (in particolare uova, ma anche latte, frutta e verdure, carne, pre-

parati per dolci o insalate); tramite contatto con piccoli animali domestici (in particolare tartarughe d'acqua o roditori) od oggetti contaminati da persone infette.

Provvedimenti per il paziente: nel caso di febbri enteriche è necessaria una terapia antibiotica specifica e l'allontanamento del paziente dalle attività che comportino la manipolazione o distribuzione di alimenti, l'assistenza sanitaria e quella all'infanzia fino a negativizzazione della coprocoltura. L'esclusione del soggetto infetto è giustificata fino a quando i risultati di 3 coprocolture di campioni fecali prelevati a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla sospensione di qualsiasi antibiotico risultino negative. Per le salmonellosi minori la terapia antibiotica non è indicata poiché non riduce la durata della malattia, ma può prolungare l'escrezione fecale del germe e solo raramente determinare una salmonellosi cronica (più frequente negli adulti che in età pediatrica). La terapia antibiotica appare indicata solo per i pazienti a rischio di sviluppare forme invasive, come per i bambini con meno di 3 mesi di vita.

Consigli per i contatti: in caso di febbre tifoidea è necessario l'allontanamento di conviventi e contatti stretti del paziente infetto dalle attività che comportino la manipolazione o distribuzione di alimenti, l'assistenza sanitaria e quella all'infanzia, fino a risultato negativo di 2 coprocolture (eseguite su campioni prelevati a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e dopo sospensione per 48 ore di qualsiasi trattamento antimicrobico).^{*} Esistono, inoltre, anche due tipi di vaccini attivi nei confronti di *Salmonella typhi*, il cui valore è limitato nei casi di esposizione, ma può essere utile in caso di convivenza con portatori cronici.

In caso di gastroenterite, non è indicata l'esecuzione di coprocolture e/o terapia antibiotica nei contatti asintomatici. I contatti sintomatici, invece, devono essere allontanati dalla comunità fino alla scomparsa dei sintomi.

Riammissione a scuola: per la febbre tifoidea, dopo negativizzazione degli esami sulle feci (si veda sopra). Per la gastroenterite, la riammissione a scuola è consentita subito dopo la scomparsa dei sintomi (senza necessità di coprocolture di controllo), secondo i criteri per la riammissione a scuola definiti per qualsiasi forma di diarrea (si veda shigellosi esclusione dalla comunità fino a quando le feci siano contenute nel pannolino, i bambini addestrati al bagno non si sporchino e quando il numero delle evacuazioni non sia più di 2 scariche al di sopra della normale frequenza del bambino).

Notifica: sì.

NB *Queste sono le indicazioni stabilite dal Ministero della Salute nel Decreto ministeriale Circolare n° 4 del 13 marzo 1998, MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITÀ PUBBLICA. In tali occasioni è possibile comunque rivolgersi ai dipartimenti sanitari locali o statali per avere informazioni in merito alle norme sulla durata dell'esclusione e i test da eseguire, che possono variare in base alla giurisdizione.

Scabbia

Agente: *Sarcoptes scabiei*.

Periodo di incubazione: da 4 a 6 settimane (1-4 giorni in caso di reinfezione).

Periodo di contagiosità: dalla fase di incubazione fino a che gli acari e le uova non siano distrutte da adeguato trattamento, quindi per tutto il periodo in cui il paziente rimane infetto e non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi.

Trasmissione: contatto diretto e prolungato con la pelle di una persona infetta; sono necessari da 15 a 20 minuti di contatto perché si verifichi la trasmissione. Più raramente il contagio avviene attraverso biancheria da letto, indumenti e asciugamani.

Provvedimenti per il paziente: terapia topica con preparati a base di permetrina in crema o unguento al 3-5%, applicati la sera sulle lesioni cutanee e lasciati in sede per l'intera notte prima di rimuoverli con una doccia (la permetrina deve essere mantenuta per almeno 8-14 ore). Possono essere necessarie due o più applicazioni, ciascuna a distanza di una settimana, per eliminare tutti gli acari. Poiché la scabbia può colpire cuoio capelluto e collo nei lattanti e nei bambini piccoli, in queste fasce d'età è necessario trattare anche testa e collo, oltre al corpo. Lenzuola, coperte e vestiti vanno lavati a macchina con acqua a temperatura maggiore di 60 °C; i vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte per una settimana, per evitare reinfestazioni. I parassiti non sopravvivono più di tre giorni senza contatto con la pelle.

Consigli per i contatti: per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso è indicato il trattamento profilattico simultaneo. In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei contatti.

Riammissione a scuola: dopo almeno 24 ore dall'inizio del trattamento.

Notifica: sì.

Shigellosi

Agente: *Shigella*.

Periodo di incubazione: da 1 a 7 giorni, in media 1-3 giorni.

Periodo di contagiosità: 1-4 settimane dalla comparsa dei sintomi.

Trasmissione: oro-fecale; ingestione di liquidi o alimenti contaminati; rapporti sessuali.

Provvedimenti per il paziente: evitare zone ricreative acquatiche per 2 settimane dopo la scomparsa dei sintomi; esclusione dalla preparazione dei cibi; terapia antibiotica specifica (anche se nelle infezioni da alcuni ceppi di *Shigella* l'infezione si autolimita spontaneamente in 24-48 ore).

Consigli per i contatti: accurato lavaggio delle mani dopo contatto con il caso affetto e prima della manipolazione del cibo; tutti i contatti sintomatici devono praticare una coprocultura.

Riammissione a scuola: da rimandare fino a completamento del trattamento, completa risoluzione della diarrea (da almeno 24 ore) e fino a che almeno 2 coproculture risultino negative. In seguito il ritorno a scuola sarà possibile se, in caso di bambini che non hanno ancora raggiunto la continenza fecale, le feci sono contenute nel pannolino; i bambini addestrati al bagno potranno invece rientrare a scuola quando non presentano più episodi di incontinenza fecale. In entrambi i casi, comunque, la riammissione a scuola sarà consentita quando la frequenza delle feci diventa non più di 2 scariche al di sopra della frequenza normale del bambino (indicazioni valide ogni qualvolta un bambino presenti diarrea e frequenti strutture di assistenza all'infanzia).

Notifica: sì.

Bibliografia essenziale

- Bukhari EE. Pediatric brucellosis. An update review for the new millennium. Saudi Med J. 2018;39(4): 336-41.
- Center for disease control and prevention (CDC). Pertussis, Postexposure Antimicrobial Prophylaxis- Information for Health Professionals. November 18, 2019.
- Center for disease control and prevention (CDC). Prevention of Hepatitis A Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020 MMWR 2020;69(5);1-38
- Czumbel I, Quinten C, Lopalco P, et al. Management and control of communicable diseases in schools and other child care settings: systematic review on the incubation period and period of infectiousness. BMC Infect Dis 2018;18(1):199.
- Crawford SE, Ramani S, Tate JE, et al. Rotavirus infection. Nat Rev Dis Primers 2017;3:17083.
- Decreto ministeriale Circolare n° 4 del 13 marzo 1998. MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITÀ PUBBLICA: provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti.
- Kliegman RM, Stanton B, St. Geme J, et al. Nelson, textbook of pediatrics 20th Edition, Elsevier, vol.1.
- Mack CL, Gonzalez-Peralta RP, Gupta N, et al. NASPGHAN practice guidelines: Diagnosis and management of hepatitis C infection in infants, children, and adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;54(6):838-55.
- Marchetti F, Guiducci C, Angelini R. L'epidemiologia che "conta" nelle scelte vaccinali: il caso della pertosse in neonati e lattanti. Medico e Bambino, 2018; XXXVII, numero 8.
- Freer G, Pistello M. Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies New Microbiologica 2018;41(2):95-105.
- Burns GS, Thompson AJ. Viral Hepatitis B: Clinical and Epidemiological Characteristics. Cold Spring Harb Perspect Med 2014;4(12):a024935.
- Ministero della salute italiano. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni stagione 2020-2021
- Ministero della salute italiano. Circolare 21 novembre 2018 - Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza.
- Ministero della salute italiano. Decreto 20 novembre 2000. Aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B.
- Rapporto del Comitato sulle malattie infettive, American Academy of Pediatrics. Redbook 2018-2021. XXXI edizione, X edizione italiana, Pacini editore.
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55(10):1279-82.
- Worsena CR, Miller AS, King MA. Salmonella Infections. Pediatrics in Review 2019;40(10):543-5.

Per contattare l'Autore **Giuseppe Longobardi**: longogi56@gmail.com



Ogni giorno
ha la sua **D**



...anche il sabato!

D₃Base Junior

è l'integratore alimentare di vitamina D₃ in forma di caramella gommosa da 600 U.I. per i bambini dai 4 anni in su. **La vitamina D è necessaria per la normale crescita** e lo **sviluppo osseo** nei bambini e contribuisce alla normale funzione del **sistema immunitario**.

Diamo forza alla crescita

30 caramelle - 12,00 Euro
In farmacia



WWW.D3BASEJUNIOR.IT



Osserva molte cose...

scarta quelle insicure e comportati con molta cautela nei confronti di quelle rimanenti. Avrai così minore probabilità di sbagliare (Confucio)

Parte settimana, ancora una pausa di riflessione

Buzzetti R¹, Verga MC², Bergamini M³

¹Italian CF Research Foundation, Verona, Italy

²Pediatra di Famiglia, ASL Salerno, Vietri sul Mare (SA)

³Pediatra di Famiglia, AUSL Ferrara (FE)

L'ACCURATEZZA DI UN TEST DIAGNOSTICO

Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) per SARS-CoV-2.

La corretta interpretazione di un test diagnostico è uno degli argomenti più ostici, se non il più ostico, e probabilmente è anche tra le maggiori difficoltà della pratica clinica.

Una recente revisione sui test diagnostici per il SARS-CoV-2 ci offre altri spunti di riflessione e l'occasione per chiarire ancora alcuni concetti.¹

Sicuramente, se un test diagnostico fosse perfetto (anche perfettamente eseguibile), sarebbe di facilissima interpretazione: risulterebbe positivo nei pazienti con la malattia e negativo in quelli senza la malattia. Il problema, invece, è come interpretare e applicare i risultati da test non perfetti, considerando che se un test non è perfetto non significa che sia inutile, ma significa semplicemente che i risultati del test devono essere valutati probabilisticamente sulla base della sua accuratezza, dei dati dei pazienti e della prevalenza della malattia.¹

Il test RT-PCR per il SARS-CoV-2

La classe principale di test diagnostici di laboratorio per SARS-CoV-2 rileva frammenti del virus: il genoma dell'RNA. Questo test è utile per diagnosticare un'infezione in corso (o molto recente), soprattutto dopo i primi giorni di infezione.

L'RNA virale è rilevato con la *Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR); anche se è tecnicamente "quantitativo", questo test è più comunemente usato per una valutazione "qualitativa" della presenza del virus (in abbondanza al di sopra di una soglia scelta per ridurre al minimo i falsi positivi).¹ I test antigenici si basano, invece, su test immunologici che misurano specifiche proteine virali. Questi test sono meno sensibili dal punto di vista analitico rispetto alla RT-PCR (che può rilevare anche solo 10 frammenti di RNA virale in un singolo campione), ma possono essere più veloci da eseguire ed economici. Per interpretare correttamente un test imperfetto nella pratica clinica abbiamo bisogno almeno di conoscere:

1. la sua accuratezza, che ci è data dalla **sensibilità** e dalla **specificità**;
2. la stima della probabilità che l'individuo sottoposto al test abbia la condizione (**probabilità pre-test**).

Per quanto riguarda l'**ACCURATEZZA** della RT-PCR, al momento non abbiamo dati sicuri relativi al test utilizzato su larga scala, anche perché non è stato possibile confrontarli con un altro test considerato come *Reference Standard* (RS), ma solo con uno standard più generale determinato dalla diagnosi clinica definitiva (*clinical adjudication*).

Per la RT-PCR i valori stimati nella pratica clinica sono:

sensibilità = 80%

specificità = 95-97%

È importante notare che non sempre i valori di Sens. e Spec. corrispondono a quelli riportati nel foglietto illustrativo del kit. Per alcuni test, infatti, sebbene i produttori abbiano riportato una sensibilità del 91,8% e una specificità del 99,5%, gli studi di validazione hanno poi rilevato una sensibilità dell'82,8%; la differenza di sensibilità evidenzia che i valori riportati dal produttore potrebbero non essere sempre indicativi delle prestazioni dei test all'interno dei laboratori degli utenti finali.²

Problemi relativi alla sensibilità

La sensibilità può variare ed essere condizionata da vari fattori: la correttezza dell'esecuzione del tampone, per esempio, ma anche la carica virale, la tempistica del test rispetto al decorso dell'infezione, poiché i test hanno sensibilità più bassa sia all'inizio sia alla fine dell'infezione.

Consideriamo il lavoratore di un'azienda che è stato a contatto con diversi colleghi risultati poi affetti da SARS-CoV-2. Comincia a manifestare sintomi lievi (raffreddore, cefalea), una sintomatologia che, negli anni precedenti, non impediva di recarsi al lavoro né imponeva l'allontanamento. Si sottopone al test

risultando negativo.

Con una sensibilità = 80%, sappiamo però che il test risulta negativo nel 20% dei soggetti affetti da SARS-CoV-2: sulla base del risultato, potrebbe tornare al lavoro?

È quindi importante tener presente che un risultato negativo deve essere interpretato come "nessun virus rilevato" e non "non infettato dal virus".

Problemi relativi alla specificità

Il test RT-PCR ha un'ottima specificità, ma ci sono altri test, come quelli sierologici, che rilevano le IgG e le IgM sieriche, con una specificità limitata per molti kit disponibili in commercio: ci sono quindi preoccupazioni per le possibili conseguenze del loro utilizzo negli studi di sieroprevalenza.

Studi di sieroprevalenza con test a bassa specificità potrebbero infatti sovrastimare il numero di persone che sono state precedentemente infettate, il che a sua volta suggerirebbe erroneamente che la malattia è meno letale e che siamo più vicini all'immunità di gregge. È quindi importante che gli studi utilizzino test adeguatamente validati e tengano conto statisticamente del tasso stimato di falsi positivi. Ricordiamo inoltre che la Sensibilità e la Specificità non sono entità invariabili del test, come comunemente si afferma, ma variano in dipendenza del rischio di base per la malattia nei singoli individui. Per esempio, in base alla gravità della sintomatologia: nei pazienti che presentano una sintomatologia grave il test risulterà più sensibile (più facilmente risulterà positivo nel paziente affetto dalla malattia), ma anche meno specifico (più facilmente risulterà positivo in un paziente affetto da un'altra malattia che entra in diagnosi differenziale con quella da noi considerata – falso positivo). E viceversa.³

Riguardo alla **PROBABILITÀ PRE-TEST**, la stima è fatta in base all'anamnesi, alla presentazione clinica, a vari fattori come la prevalenza nota della malattia nella comunità: risulta quindi abbastanza soggettiva per cui non è mai esatta, ma aiuta a fornire stime di quanto i risultati del test dovrebbero influenzare il processo decisionale.¹ La probabilità pre-test stimata può anche essere migliorata includendo informazioni aggiuntive sulla persona sottoposta a test: la quantità e la qualità dei sintomi, la storia del paziente, inclusi viaggi e contatti stretti, i risultati di studi di imaging e/o altri test di laboratorio potrebbero indurre un medico a quantificare meglio la probabilità pre-test.

Anche la *expertise* è importante: se il medico ha trattato e diagnosticato molti pazienti con COVID-19, la stima potrebbe essere molto buona, ma potrebbe essere meno buona se il medico non ne ha mai diagnosticato uno. Ricordiamo che per convertire le probabilità pre-test in **probabilità post-test** è possibile utilizzare il **Rapporto di Verosimiglianza (RV)**, per risultati positivi (**RV+**) e negativi (**RV-**), come "moltiplicatore".

RV+ maggiori di 1 sono progressivamente più utili, con 10 che rappresenta un risultato di RV+ molto utile. Anche RV- inferiori a 1 sono progressivamente più utili, con 0,1 che rappresenta un risultato del test negativo molto forte.⁴ Nel caso del tampone rinofaringeo per il SARS-CoV-2, il RV+ è di circa 16, il che è eccellente.

Un risultato positivo del test COVID-19 dovrebbe essere molto convincente. RV-, per un risultato negativo, invece, è 0,2, che è un risultato moderato, ma non altrettanto convincente di un risultato positivo a causa della moderata sensibilità (circa 80%) del tampone⁵ (Fig. 1).

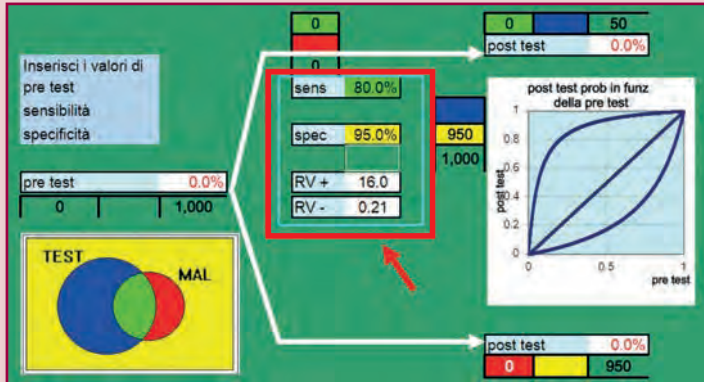


Figura 1. RV+ ed RV- del tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2

Sottoposto al test con Sens. = 80% e Spec. = 95%

Test positivo = la probabilità (post-test) che sia affetto da SARS-CoV-2 è ora aumentata, > 99%

Test negativo = la probabilità (post-test) che sia affetto da SARS-CoV-2 è ora = 65%. È diminuita, ma rimane ancora molto probabile che sia affetto da COVID-19 (Fig. 2). In una condizione storica come quella attuale, un paziente con il 90% di probabilità pre-test viene indirizzato sicuramente all'intervento terapeutico per COVID-19, quell'ulteriore incremento del 9,3% della probabilità post-test non aiuterebbe minimamente il clinico nella sua decisione.

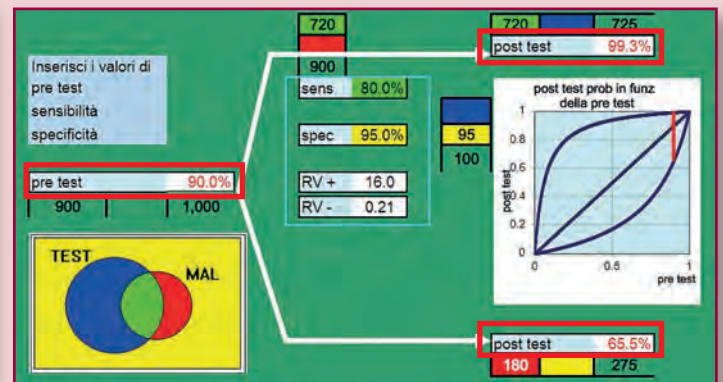


Figura 2. Probabilità post-test dopo TNF per SARS-CoV-2 in paziente con probabilità pre-test = 90%

Problemi relativi alla probabilità pre-test

Consideriamo 2 pazienti che ricevono lo stesso test: il risultato positivo o negativo avrà, in ciascuno di loro, un diverso significato.

Paziente 1

Si presenta al Pronto Soccorso con febbre alta, ipossia e tosse, il coniuge ha recentemente avuto un grave caso di SARS-CoV-2 che è stato prima gestito a casa ma poi è diventato necessario il ricovero in ospedale. Una radiografia del torace rileva le opacità del vetro smerigliato.

Il test RT-PCR viene richiesto nel tentativo di confermare definitivamente l'infezione in corso.

Verosimilmente affetto da SARS- CoV-2: probabilità pre-test = 90%

Paziente 2

Si presenta in un Centro *drive-through* per il test RT-PCR su richiesta del suo medico. Sa che è possibile sia stato infettato da SARS-CoV-2, ma è asintomatico. Ha anche sentito che chiunque lo desideri può sottoporsi al test e vuole farlo. Dalla sua anamnesi si sa che vive da solo, non ha contatti infetti e ha sempre rispettato le misure di sicurezza. Inoltre, l'individuo vive in un'area che è stata minimamente colpita da COVID-19, con un recente studio che misura una sieroprevalenza <2%, essenzialmente ricoverati in case di cura.

Verosimilmente non affetto da SARS-CoV-2: probabilità pre-test = 1% (una probabilità talmente bassa da poter escludere l'infezione senza sottoporre il paziente al test, Fig. 3).



Figura 3. Soglia del test Sottoposto al test con Sens. = 80% e Spec. = 95%

Test positivo = la probabilità (post-test) che sia affetto da SARS-CoV-2 è ora aumentata, = 14%. È aumentata, ma rimane ancora poco probabile che sia affetto da COVID-19.

Test negativo = la probabilità (post-test) che sia affetto da SARS-CoV-2 è ora < 1% (Fig. 4).

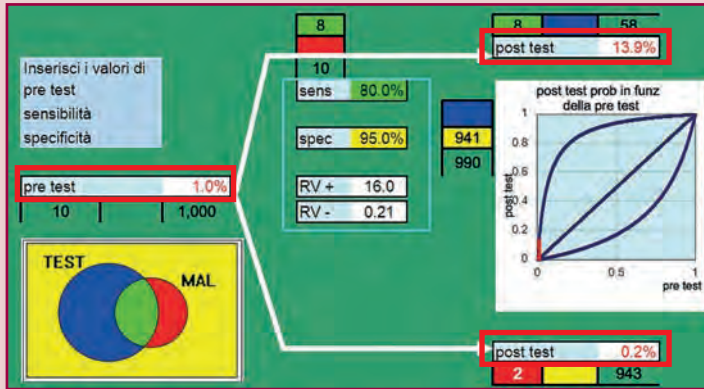


Figura 4. Probabilità post-test dopo TNF per SARS-CoV-2 in paziente con probabilità pre-test = 1%

L'esempio del paziente 2 ha evidenziato il **valore limitato del test per coloro che non hanno una buona indicazione per il test**. È probabile che i risultati positivi siano falsi positivi; i risultati negativi non forniscono molte informazioni aggiuntive e il paziente non è meno a rischio di una futura infezione. L'idea che chiunque lo desideri possa sottoporsi a un test è eccessivamente ottimistica dal momento che i risultati di un test non sono assoluti e ciò che effettivamente significano dipende dalla storia delle esposizioni e dei sintomi della persona sottoposta al test e dalle caratteristiche della comunità in cui vive.¹

Paziente 3

Ragazzina di 15 anni che abita in una provincia con elevata incidenza di COVID-19 e che frequenta una scuola superiore dove si sono verificati due casi nella classe adiacente alla sua. Da 3 giorni presenta febbre e difficoltà a percepire i sapori. **Probabilmente affetta da SARS-CoV-2: probabilità pre-test = 60% (una probabilità moderatamente elevata ma tale da non consentire una diagnosi definitiva, Fig. 5).**

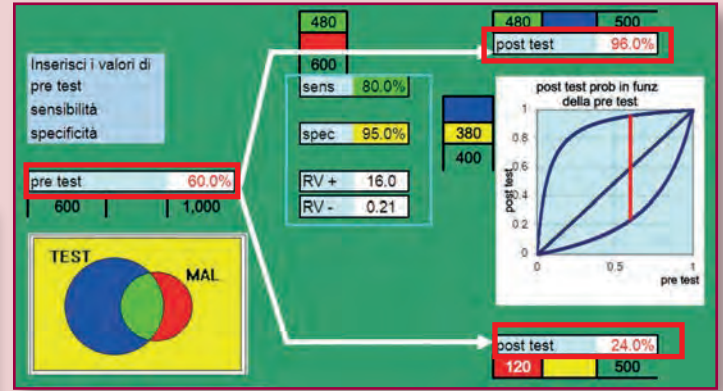


Figura 5. Probabilità post-test dopo TNF per SARS-CoV-2 in paziente con probabilità pre-test = 60%

In questo caso l'esecuzione del test ha dimostrato di poter essere utile nel confermare con approssimazione più che buona (96%) la malattia. In presenza di test negativo la malattia sarebbe ancora possibile, ma in misura poco rilevante (24%).



Figura 6. Fattori che influiscono, a vari livelli, sulla probabilità post-test

Nella tradizione, i medici possono avere familiarità con i risultati dei test validati e l'interpretazione è condizionata da anni di esperienza che influenzano il giudizio. Per l'interpretazione dei test RT-PCR per SARS-CoV-2, invece, l'interpretazione probabilistica dei test giocherà un ruolo importante per vari fattori, tra cui le sensibilità sub-ottimali segnalate dei test RT-PCR nella pratica. Inoltre, l'elenco dei sintomi e le sindromi associate a COVID-19 aumentano, per cui le valutazioni della probabilità pre-test dovranno essere continuamente adattate alle informazioni attuali.

Bibliografia

1. Stites EC, Wilen CB. The Interpretation of SARS-CoV-2 Diagnostic Tests. Med NY 2020;Aug. 21. Online ahead of print
2. Bendavid E, Mulaney B, Sood N, et al. COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California. MedRxiv 2020. Unrefereed preprint.
3. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004;291:1587-95.
4. Buzzetti R, Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE...Parte quarta. Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XV - Numero 1 – 2020
5. <https://www.robtobuzzetti.it/tools/post-test-in-funzione-di-pre-test/>
 - Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE, Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XIV - Numero 2 – 2019
 - Buzzetti R, Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE, ...Parte seconda. Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XIV - Numero 3 – 2019
 - Buzzetti R, Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE, ...Parte terza. Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XIV - Numero 4 – 2019
 - Buzzetti R, Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE, ...Parte quinta. Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XV - Numero 2 – 2020
 - Buzzetti R, Verga MC. Pillole di EBM OSSERVA MOLTE COSE, ...Parte sesta. Pediatria Preventiva & Sociale. Anno XV - Numero 3 – 2020

Per contattare l'Autore **Maria Carmen Verga**: vergas@virgilio.it

DEXERYL

Expert in treatment of symptoms
of dry and atopic skin

Ogni giorno
il tuo alleato
nella
xerosi severa

SENZA
PARABENI &
PROFUMAZIONI



Dexeryl crema emolliente
DISPOSITIVO MEDICO CE 0459
soggetto a detrazione fiscale

- Tubo da 250 g - € 12,00*
- Flacone 500 g con dispenser € 20,00*



Efficacia
dimostrata in
10 studi clinici¹⁻¹¹



Effetto idratante
duraturo e
prolungato¹²



Ripristina la
funzionalità della
barriera cutanea¹²



Costo e formato
adeguati per un
utilizzo prolungato

Bibliografia: 1. Rota et al. Journal of Plastic Dermatology 2013;9(1):41-6. 2. Tiplica et al. JEADV 2018;32:1180-7. 3. Boralevi et al. JEADV 2014;28:1456-62. 4. Tiplica et al. Pediatric Dermatology 2017;34:282-9. 5. Martini et al. JEADV 2017;31:743-7. 6. Blanchet-Bardon et al. JEADV 2012;26:1014-9. 7. Cristaudo et al. G Ital Dermatol Venereol 2015;150:297-302. 8. Pacifico, Leone. G Ital Dermatol Venereol 2011;146:1-5. 9. Balaskas et al. Clin J Am Soc Nephrol 2011;6:748-52. 10. Boralevi et al. Int J Dermatol 2017;56:467-73. 11. Faye et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019; Oct 6. doi: 10.1111/jdv.15999. 12. Foglietto illustrativo Dexeryl.

* Prezzo al pubblico consigliato

Pierre Fabre | SKIN EXPERTISE
DERMATOLOGIE | IN OUR DNA

Centri Ricreativi Estivi (CRE) a Bergamo ai tempi del Coronavirus: “è andato tutto bene”



Cortinovis I,¹ Venturelli L,² Pisano M³

¹ Statistico, Laboratorio G.A. Maccacaro, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

² Pediatria, Garante cittadino dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, Bergamo

³ Unità di Chirurgia Generale, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Riassunto

L'estate è stata un banco di prova fondamentale per riprendere la “nuova normalità” dopo la fine dei lunghi mesi di quarantena. L'area di Bergamo, considerevolmente colpita da questa prima ondata pandemica, aveva particolare interesse a riprendere una vita quanto più possibile simile a prima, ma nella massima sicurezza sanitaria. Nel testo viene riportata l'esperienza di un Centro Ricreativo Estivo organizzato proprio a Bergamo, che ha avuto ottimi esiti, riuscendo a coniugare le attività per i bambini e i ragazzi mantenendo standard sanitari ottimi e senza nuovi contagi registrati.

Abstract

This summer has been a fundamental test to gradually get back to normal after the end of the long months of lockdown. The Bergamo area, considerably affected by this first pandemic wave, had a particular interest in resuming a life as similar as possible to before, but ensuring maximum safety. The text reports the experience of a Summer Recreation Center organized in Bergamo, which demonstrated excellent results, succeeding in combining activities for children and young people while maintaining high health standards and without new registered infections.

Parole chiave

COVID-19, Centri ricreativi, sicurezza, nuova normalità

Key words

COVID-19, recreational centers, safety, new normal

Introduzione

Durante l'estate i Centri estivi hanno rappresentato per i bambini il primo banco di prova della "libertà condizionata": uscire dalle loro case, poter convivere, anche se distanziati, con altri coetanei, riprendere un'attività ludica e sociale dopo il *lockdown*.

Nei CRE si sono riposte molta attesa e tanta speranza: attesa per la ripresa delle attività infantili all'aperto e speranza di vedere l'infanzia tornare a giocare in collettività senza inconvenienti, cioè senza casi di sospetto COVID-19.

Le norme nazionali e regionali hanno, all'inizio, messo in difficoltà gli enti organizzatori, ma la voglia di riaprire gli spazi da parte di tutti, in particolare dei genitori, delle parrocchie e delle cooperative di servizi, ha prevalso sulle concrete difficoltà organizzative per ottemperare al distanziamento, all'uso delle mascherine, alla sanificazione delle mani e degli ambienti/luoghi di gioco. I comuni spesso hanno messo a disposizione spazi, parchi, aree all'aperto o parzialmente chiuse dove poter realizzare in sicurezza le attività ludico-ricreative dei bambini. L'esperienza che viene di seguito illustrata è stata attuata in un'area particolarmente colpita dalla pandemia, la Bergamasca.

Proprio in questo territorio la voglia di ripresa delle attività in sicurezza è stata molto sentita e partecipata: istituzioni, famiglie, enti gestori, consulenti, tutti hanno fortemente creduto nel dare il via alla ripresa dei centri di aggregazione infantili.

Il progetto

Il Centro Ricreativo Estivo diffuso - estate ragazzi Monterosso 2020 (CRE-diffuso) - si è svolto dal 29 giugno al 24 luglio. Il CRE-diffuso è stato organizzato su 9 gruppi di ragazzi (fascia di età: 6-10 e 11-13 anni) e un gruppo di adolescenti (14-16 anni). Ogni gruppo disponeva di un educatore maggiorenne, fisso, e di alcuni volontari (adulti e minori di 16-17 anni). Le persone erano sempre le medesime, almeno durante la stessa settimana.

I diversi gruppi non hanno interagito tra loro, il ritrovo giornaliero era scaglionato con luoghi di accesso diversificati. Stesse modalità per l'uscita. Le attività giornaliere si svolgevano per 4 ore: alcuni gruppi al mattino (8.30-13.30), altri al pomeriggio (13.30-18.30).

Tutti i volontari e gli educatori sono stati informati delle norme da seguire per mantenere una condizione di sicurezza (lavaggio mani, mascherina, distanziamento, cosa fare in caso di sintomi sospetti per educatore/volontario o utente).



Tra gli utenti, 7 hanno dichiarato di avere patologie (non legate a COVID-19), 2 soggetti risultavano disabili e uno doveva seguire una specifica terapia (non legata a COVID-19).

Ogni partecipante autodichiarava quotidianamente il proprio stato di salute e, in particolare, l'assenza di sintomi legati al COVID-19 (temperatura corporea >37,5 °C, tosse, alterazione di gusto e/o olfatto, difficoltà respiratorie). In ogni caso a tutti, all'ingresso, veniva rilevata la temperatura.

Le attività previste sono state dislocate in luoghi diversi del quartiere. Alcuni luoghi sono stati sedi di attività laboratoriali specifiche, come ad esempio gli orti sociali del Quintino o la sede della UILDM (Unione Italiana per la Lotta alla Distrofia Muscolare).

La progettazione del CRE-diffuso, con la scelta delle attività, dei luoghi del quartiere, dei tempi, delle procedure di sicurezza e della formazione dei volontari, è stata frutto di un lavoro collettivo coordinato dall'oratorio di Monterosso con anche la partecipazione del comitato genitori dell'I.C. Camozzi, dell'istituto Camozzi stesso, delle associazioni e dei gruppi che agiscono nel quartiere. Tutte queste realtà si sono conosciute e da anni collaborano grazie alla rete sociale di Monterosso "La tavolozza".

Le attività si articolavano in:

- LAB. EXPERT: laboratori con esperti, gestiti da volontari
- ARTE: atelier d'arte (a cura del gruppo animatore del CRE)
- SPORT: attività all'aperto di natura sportiva (a cura del gruppo animatore del CRE)
- VARI: varie attività ricreative o destrutturate (a cura del gruppo animatore del CRE, ad esempio: laboratorio di cucina o di falegnameria)
- GITA: gite all'aperto (organizzata dal GTL)
- LUDOTECA: con giochi da tavolo (a cura del gruppo animatore del CRE).

Gli spazi sede di attività e di turnazione da parte dei gruppi erano organizzati secondo la Tabella 1.

La turnazione prevista dei 10 gruppi è stata quella della Ta-

Tabella 1. Format CRE-diffuso – girotondo spazi. Matrice della settimana tipo per i singoli gruppi.

<i>Mattino</i>	<i>lun</i>	<i>mar</i>	<i>mer</i>	<i>gio</i>	<i>ven</i>
<i>Lab. expert</i>	orto quintino	cucito casa Sara	falegname or. sala 1/2	cucina or. sala 1/2	lab. verde (scout/gev/ lega ambiente)
<i>Aarte</i>	UIDLM	UIDLM	UIDLM	UIDLM	UIDLM
<i>Sport</i>	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**
<i>Vari</i>	or. sala 1/2	or. sala 1/2	casa Sara	casa Sara	or. sala 1/2
<i>Gita</i>	out	out	out	out	out

<i>Pomeriggio</i>	<i>lun</i>	<i>mar</i>	<i>mer</i>	<i>gio</i>	<i>ven</i>
<i>Arte</i>	casa Sara	casa Sara	casa Sara	casa Sara	casa Sara
<i>Sport</i>	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**	campo 7 – palestra**
<i>Vari</i>	or. sala 1/2	or. sala 1/2	or. sala 1/2	or. sala 1/2	or. sala 1/2
<i>ILudoteca</i>	or. sala giochi	or. sala giochi	or. sala giochi	or. sala giochi	or. sala giochi

**Qualora la scuola facesse fatica a concedere la palestra, utilizzeremo l'arena GOISIS

bella 2. Da considerare che ogni gruppo in una settimana faceva sempre o la mattina o il pomeriggio, pertanto la periodicità nel ripetere la stessa attività nello stesso

giorno per lo stesso gruppo era di 15 giorni e, stante la durata del CRE (4 settimane), significa che si poteva ripetere 2 volte.

Tabella 2. Format CRE-diffuso – girotondo gruppi. Matrice della settimana tipo per i singoli gruppi.

<i>Mattino</i>	<i>lun</i>	<i>mar</i>	<i>mer</i>	<i>gio</i>	<i>ven</i>
<i>Eco</i>	GRUPPO 1	2	3	4	5
<i>Arte</i>	10	1	2	3	4
<i>Sport</i>	9	10	1	2	3
<i>Altro</i>	8	9	10	1	2
<i>Gita</i>	7	8	9	10	1

<i>Pomeriggio</i>	<i>lun</i>	<i>mar</i>	<i>mer</i>	<i>gio</i>	<i>ven</i>
<i>Eco</i>	6	7	8	9	10
<i>Arte</i>	5	6	7	8	9
<i>Sport</i>	4	5	6	7	8
<i>Altro</i>	3	4	5	6	7
<i>Gita</i>	2	3	4	5	6

Il gruppo composto da adolescenti ha svolto compiti di supporto all'organizzazione del CRE-diffuso oltre a proprie attività di volontariato sociale nella manutenzione e cura del territorio e solo per alcune attività si è inserito come decimo gruppo nella presente programmazione. Le previsioni di piani sostitutivi a causa di pioggia (per le attività all'aperto) non sono state attivate poiché ha piovuto per poco solo l'ultimo giorno del CRE. I luoghi interessati alle attività sono stati puliti e sanificati giornalmente come previsto dai protocolli di sicurezza. Il compito è stato svolto per lo più da un gruppo di volontari adulti e dalle organizzazioni coinvolte nelle diverse attività. Medesima attenzione è stata posta agli oggetti usati da ogni gruppo, preferibilmente in modo esclusivo. Gli utenti sono stati coinvolti in questo percorso di igienizzazione.

Il CRE ha visto la partecipazione di 164 ragazzi, 36 di questi hanno frequentato per una sola settimana. I volontari/educatori a diretto contatto con i ragazzi sono stati 47, 8 di questi sono stati coinvolti per una sola settimana o meno. Circa 30 volontari hanno collaborato a vario titolo alla realizzazione del CRE, interagendo salutarmente con gli utenti.

Per tutte queste persone (utenti, educatori e volontari) le rilevazioni giornaliere della temperatura e le autocertificazioni hanno sempre fornito esito negativo circa la presenza di sintomi o di temperature superiori a 37,5°C, per tutta la durata del CRE.

Nella Tabella 3 sono riportate in dettaglio la composizione e le presenze in ogni gruppo per la durata del CRE-diffuso. Nella Figura 1 sono rappresentate le frequenze di presenze giornaliere.

Conclusioni

Per 4 settimane 10 gruppi di persone, ognuno composto da minori e adulti, hanno svolto le più diverse attività (laboratori manuali, sport, passeggiate, giochi da tavolo) in ambienti diversi, per 4 ore al giorno, interagendo con animatori, in un ambiente in cui Sars-CoV-2 era presente con una prevalenza del 24% sull'intera popolazione, come stimato dai dati Istat del 3 agosto 2020. Ci sono state interazioni tra coetanei e tra coetanei e adulti in ogni gruppo.

In questo periodo, durante il CRE, sono state rispettate le regole di sicurezza (nessuno scambio di persone tra gruppi, controllo di presenza di sintomi e di temperature corporee oltre il limite, pulizia e sanificazione di luoghi e oggetti, formazione degli educatori e dei volonta-

ri, rispetto di non assembramento, uso di mascherine e lavaggio delle mani).

Alla fine del periodo non è stata rilevata alcuna persona con presenza di sintomi collegabili al COVID-19. Eventuali asintomatici in questa osservazione non hanno potuto essere rilevati.

Il CRE (con le sue attività) sicuramente non ha accresciuto il rischio di avere una forma sintomatica di COVID-19 rispetto al livello di rischio presente sul territorio in cui abitano i partecipanti. Purtroppo nulla possiamo dire su eventuali forme asintomatiche.

Una nota aggiuntiva, degna di rilievo, è quella di aver avuto l'assenza di patologia respiratoria da ILI (sindromi simil influenzali): la spiegazione più probabile, legata anche al periodo estivo in cui tali patologie sono di per sé molto scarse, è quella che la mascherina, il distanziamento tra partecipanti, l'attenzione all'igiene delle mani e dell'ambiente circostante hanno creato le condizioni di minor contagiosità generale, al di là del Sars-CoV-2.

L'esperienza qui descritta, svolta in periodo estivo, può fornire alcune informazioni utili alla riapertura delle scuole in sicurezza o allo svolgimento di attività di socializzazione nei prossimi mesi (sport di squadra, scout, catechismo ecc.).

Riteniamo che le figure adulte preposte alle varie attività, oltre che al rispetto delle disposizioni governative, debbano incentivare tra i ragazzi le buone regole di convivenza rendendoli attori di un miglioramento del clima civile, e questo è stato possibile. La delocalizzazione di attività all'aperto, a partire dalla didattica, è possibile anche nei mesi autunnali ed invernali.

L'esperienza del CRE-diffuso ai tempi del COVID-19 ci ha consentito di ampliare i nostri orizzonti di pensiero attraverso il coinvolgimento di soggetti e luoghi del quartiere solitamente considerati estranei al processo educativo di bambini e ragazzi in era pre-COVID-19.

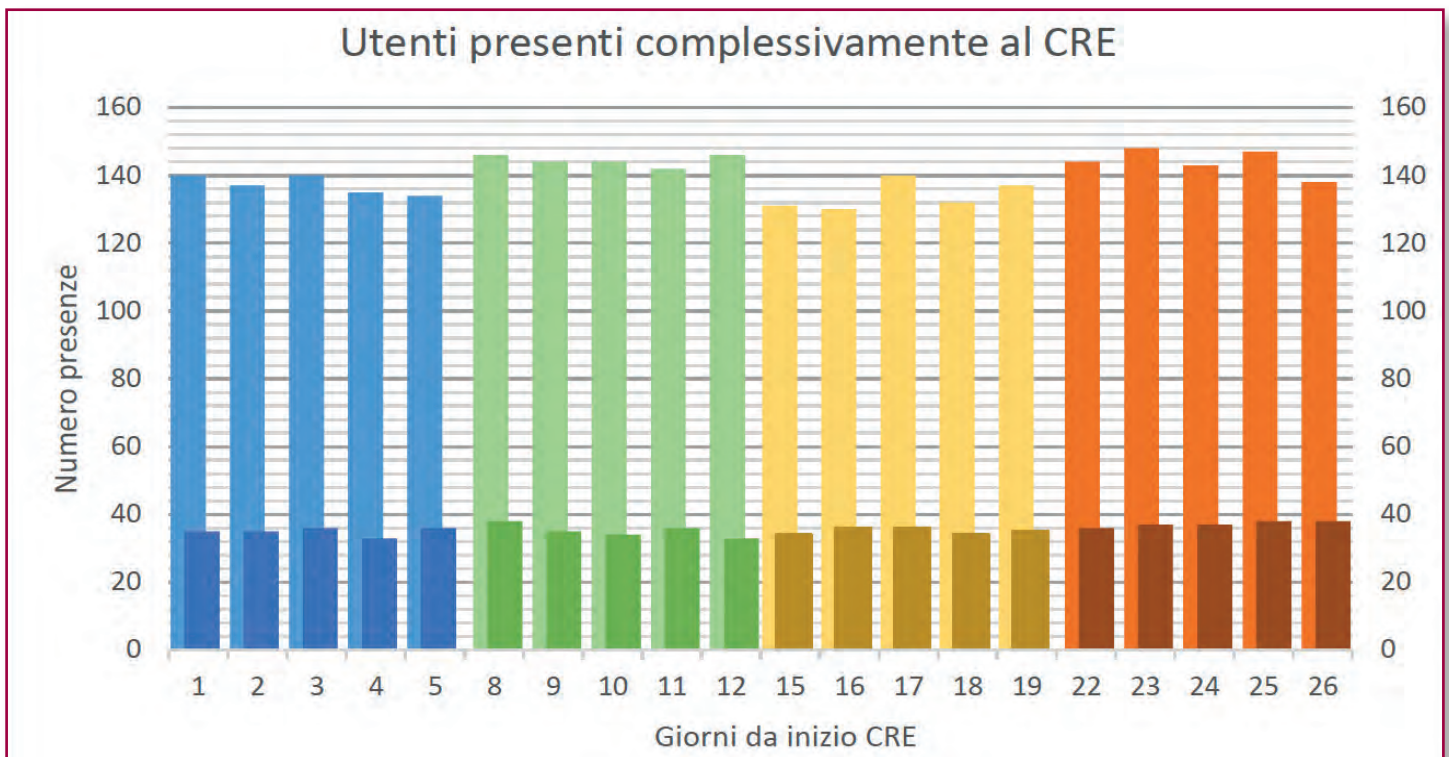
Inoltre, la serie di dati osservazionali raccolti suggerisce che la capacità di diffondere la malattia COVID-19, e forse anche la sua contagiosità, da parte dei minori sembra limitata, nel contesto dato. Tutto ciò ci induce a pensare che la scuola non debba essere considerata aprioristicamente come luogo acuto di contagio.

Si può fare il possibile perché la scuola rimanga aperta e ciò può avere successo. **In ogni caso sarà cruciale la possibilità di eseguire tamponi in modo rapido e diffusivo sia al corpo docente sia ai ragazzi e l'opera di contact tracing: questi devono essere a livello sanitario due elementi basilari per isolare eventuali futuri focolai in ambito scolastico.**

Tabella 3. Composizione e presenze in ogni gruppo per la durata del CRE-diffuso.

UTENTI CRE	Settimana 1	Settimana 2	Settimana 3	Settimana 4	Età media	Proporzione di maschi	Utenti complessivi n°
Gruppo 1							13
Presenza media nei giorni	5,0	7,8	8,8	8,6	10,4	0,5	
Gruppo 2							20
Presenza media nei giorni	8,0	12,4	10,8	9,0	7,9	0,3	
Gruppo 3							18
Presenza media nei giorni	11,0	11,6	13,6	13,0	12,1	0,6	
Gruppo 4							12
Presenza media nei giorni	9,6	9,6	7,0	6,4	8,1	0,2	
Gruppo 6							21
Presenza media nei giorni	10,0	12,4	10,0	13,8	8,6	0,5	
Gruppo 7							14
Presenza media nei giorni	11,0	12,0	10,4	8,6	11,1	0,8	
Gruppo 8							15
Presenza media nei giorni	11,6	11,0	8,4	7,4	10,9	0,6	
Gruppo 9							13
Presenza media nei giorni	9,0	7,4	7,2	11,2	10,6	0,8	
Gruppo 10							22
Presenza media nei giorni	16,6	15,0	14,2	18,6	13,6	0,8	
Gruppo adolescenti							16
Presenza media nei giorni	10,0	10,0	8,6	10,2	15,7	0,6	
Volontari/educatori che hanno seguito i gruppi di minori							47
Presenza media nei giorni	35,0	35,2	35	37,2	23,5	0,4	

Figura 1. Presenze giornaliere al CRE-diffuso. I colori più scuri indicano le frequenze di presenze di educatori e volontari, quelli più chiari gli utenti.



Bibliografia

- Bunyavanich S, Do A, Vicencio A. Nasal Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 in Children and Adults. *JAMA*. 2020;323(23):2427-9.
- Castagnoli R, Votto M, Licari A. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents. *A Systematic Review*. *JAMA Pediatr*. 2020;174(9):882-9.
- Dipartimento per le politiche della famiglia: Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19. Testo contenuto nell'allegato 8 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 giugno 2020. Visto in: http://famiglia.governo.it/media/1979/11062020_linee-guida-centri-estivi.pdf.
- Dipartimento di Prevenzione ATS Bergamo, CENTRO RICREATIVO DIURNO (CRD). Protocollo igienico-sanitario per la gestione in sicurezza dei CRD nell'emergenza COVID -19. Visto in: <https://www.comune.alzano.bg.it/export/sites/default/galleries/documenti/eventi-news/check-list-CRD.pdf>.
- ISTAT: Primi risultati dell'indagine di sieroprevalenza di SARS-CoV-2. Visto in: <https://www.slideshare.net/slideistat/primi-risultati-dellindagine-di-sieroprevalenza-sarscov2>.
- Jones TC. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. Visto in: https://zoonosen.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc05/virologieccm/dateien_upload/Weitere_Dateien/analysis-of-SARS-CoV-2-viral-load-by-patient-age.pdf. German Research network Zoonotic Infectious Diseases website: Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2020.
- Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – a systematic review. *Acta Paediatr* 2020;109(8):1525-30.
- National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS) il 26 Aprile 2020: "COVID-19 in schools – the experience in NSW".
- Public Health England: Study finds very low numbers of COVID-19 outbreaks in schools, 23/08/2020, visto in <https://www.gov.uk/government/news/study-finds-very-low-numbers-of-covid-19-outbreaks-in-schools>.
- SIPPS, agosto 2020: coronavirus-covid-19: SIPPS, 30 milioni di tamponi in autunno, test rapidi e dispositivi di sicurezza per operatori. Visto in: <https://www.agensir.it/quotidiano/2020/8/27>.
- Yonker LM, Neilan AM, Bartsch Y, et al. Pediatric SARS-CoV-2: Clinical Presentation, Infectivity, and Immune Responses. *J Pediatr* 2020:S0022-3476(20)31023-4.

Per contattare l'Autore **Leo Venturelli**: leventu@libero.it

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



LUCI

OMBRE

ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

16 - 18 LUGLIO 2021
Hotel Royal Continental, Napoli

Perché non è più differibile la realizzazione di un Percorso assistenziale integrato Ospedale-Territorio per i pazienti con apnee notturne in età pediatrica e di transizione nella regione Campania?

Masini L¹, Cinalli G², Mansi N³, Pecoraro C⁴, Di Mauro G⁵, D'Avino A⁶, Sparano L⁷

¹ Dirigente Medico UOC Pneumologia Pediatrica e UTSIR, Dipartimento di Pediatria, AORN Santobono-Pausillipon, Napoli

² Direttore UOC Neurochirurgia Pediatrica, Direttore Dipartimento di Neuroscienze, AORN Santobono-Pausillipon, Napoli

³ Direttore UOC Otorinolaringoiatria Pediatrica, Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, AORN Santobono-Pausillipon, Napoli

⁴ Direttore UOC Nefrologia Pediatrica e Dialisi, Direttore Dipartimenti DEA e Pediatria, AORN Santobono-Pausillipon, Napoli

⁵ Pediatra di Famiglia, DS 17, ASL Caserta; segretario provinciale FIMP Caserta; presidente nazionale SIPPS

⁶ Pediatra di Famiglia, DS 34, ASL Napoli 3 Sud; segretario provinciale FIMP Napoli; vice presidente nazionale FIMP

⁷ Medico di Famiglia, DS 33, ASL Napoli 1 Centro; segretario provinciale FIMMG Napoli

Riassunto

Analizzando i dati statistici e di letteratura emerge come i disturbi respiratori nel sonno in età evolutiva siano una patologia altamente sottodiagnosticata nella regione Campania e, nonostante le eccellenze ospedaliere presenti, non esiste al momento un network efficiente che possa gestire un percorso assistenziale integrato per la gestione di questi pazienti, con conseguenze onerose per il servizio sanitario regionale. È dunque urgente fare cultura riguardo a questo problema e creare i presupposti per la realizzazione di una rete che possa rispondere a questa esigenza.

Abstract

Analyzing the statistical and literature data, it emerges that sleep respiratory disorders in children are a highly underdiagnosed pathology in Campania and, despite the presence of several excellence realities, there is currently no efficient network that can manage an integrated care path for the management of these patients. This situation has onerous consequences for the regional health service. It is therefore urgent to educate about this problem and create the conditions for the realization of a network that can respond to this need.

Parole chiave

OSAS, diagnosi, gestione, rete integrata per l'assistenza al paziente

Key words

OSAS, diagnosis, management, integrated network for patient assistance

Premessa

In età evolutiva, la percentuale di pazienti con patologia cronica è notevolmente aumentata negli ultimi decenni, in considerazione del fatto che i bambini medicalmente complessi, portatori di malattie rare o comorbidità o con patologia cronica di interesse multidisciplinare, hanno vissuto profonde modifiche nel modo di affrontare la cronicità, con evoluzione favorevole sia per il perfezionamento delle tecniche diagnostiche e dei piani terapeutici sia per la collaborazione interprofessionale con approccio proattivo e gestione integrata dei profili di cura.

Il sonno è il tempo critico della funzione respiratoria, rappresentando per questo un osservatorio privilegiato dove riconoscere precocemente complessi patologici che possono compromettere nel tempo la dinamica cardiorespiratoria e la funzione neurocognitiva. I Disturbi del Sonno rappresentano un vasto capitolo della medicina pediatrica e di transizione, interessano una grossa fetta della popolazione under 18 e la letteratura in merito diventa sempre più ampia.

I Disturbi Respiratori nel Sonno (DRS) comprendono uno spettro ampio di patologie con diversi gradi di espressività che vanno dal russamento primario, manifestazione più lieve, alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, manifestazione più grave, passando per le ipoventilazioni ostruttive o miste, associate o meno a vari complessi sindromici; dalle anomalie del massiccio craniofaciale alla patologia neurochirurgica progressiva; dalle patologie da aumentato carico respiratorio (*lung failure*) per malattie sistemiche o dell'apparato respiratorio, alle patologie da deficit di forza dei muscoli respiratori (*pump failure*) per malattie neurologiche, muscolari o neuromuscolari; dalla ipoventilazione alveolare centrale (*drive failure*) del lattante alla sindrome obesità-ipoventilazione dell'adolescente.

Il gold standard diagnostico nello studio dei disturbi del sonno è rappresentato dalla polisonnografia, che è la registrazione contemporanea e in continuo, durante la notte, di parametri funzionali (neurologici, cardiologici, respiratori e accessori), atti a definire gli eventi cardiorespiratori, in relazione alle varie fasi del sonno, con l'ausilio di un dispositivo detto polisonnografo.

Le indicazioni a eseguire l'indagine polisunnografica sono molteplici, dalle patologie di interesse otorinolaringoiatrico a quelle di pertinenza odontostomatologica e maxillo-facciale, da quelle di gestione neurologica, neuropsichiatrica o neurochirurgica a quelle di interesse endocrinologico, nutrizionale o di genetica clinica, fino a quelle di precipua gestione pneumologica, come le patologie che trovano indicazione al trattamento ventilatorio.

I Disturbi Respiratori nel Sonno sono molto comuni, nell'adulto come nel bambino, incidono su morbilità e mortalità, come sulla sfera sociale, dalla difficoltà a mantenere un adeguato stato di attenzione e di veglia, ai risvolti sulla sfera socio-economica, all'incidenza sulla qualità di vita dei soggetti affetti. In particolare, nel bambino incidono sul rendimento scolastico e sulle relazioni psicoaffettive, dalla difficoltà a mantenere uno stato di attenzione, all'iperattività, alla facile irritabilità fino alla tendenza all'aggressività e all'autolesionismo, con progressiva e subdola insorgenza di complicazioni aritmiche, vascolari e cognitive.

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) si caratterizza per episodi prolungati di ostruzione completa o parziale delle alte vie respiratorie, che compromettono la ventilazione notturna, alterando



l'architettura del sonno; in età evolutiva, la *sleep apnea* interessa tutte le fasce di età e sovente si può accompagnare a comorbidità, come nel bambino sindromico, neuromuscolare, obeso o con altra patologia cronica sistemica o d'apparato o d'organo.

In letteratura, la prevalenza varia ampiamente in base alla popolazione studiata, ai metodi utilizzati per rilevare il respiro durante il sonno e alle definizioni usate per la diagnosi, raggiungendo percentuali massime del 27,6% per il russamento abituale e del 5,7% per la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno; la forchetta tra DRS e OSAS, che inquadra una percentuale significativa di popolazione residente, rappresenta la sacca di epidemia sommersa che sfugge alla diagnosi, con gravi conseguenze per i soggetti, le famiglie e il tessuto sociale tutto.

Ed è proprio su questa forchetta sommersa che bisogna agire, pensando a percorsi che si muovano in una Sanità che deve ragionare su queste percentuali di malattia, che pongono l'OSAS, indipendentemente dall'età di incidenza, non solo quale patologia "cronica", ma anche quale malattia "sociale".

Oggi, compito del Sonnologo deve essere soprattutto intercettare questa epidemia sommersa, cioè "*riconoscere quello che non si vede*", ma per fare diagnosi di una malattia bisogna pensarci: possiamo pensare a una malattia solo se la conosciamo, e se la conosciamo fino in fondo; in questo compito, ci viene in sostegno la multidisciplinarietà, in tutti i suoi livelli di competenza, che non è solo un modello di organizzazione, ma di pensiero, è un pensiero forte che vuole diventare concetto: "dal pensiero multidisciplinare al concetto di Pediatria integrata". E al centro di questo sistema multiprofessionale e interdisciplinare, trattando di salute in età evolutiva, non può che esserci il pediatra, che rappresenta la figura professionale che più di ogni altra può intervenire, riconoscendo precocemente il complesso patologico alla base della *sleep apnea*, nel modificare la storia naturale della malattia e realizzare compiutamente il razionale del percorso assistenziale, che è quello di promuovere l'emersione del sommerso e assicurare diagnosi tempestive e cure adeguate, per un investimento, in termini di salute globale, nel breve e medio periodo e di produttività del sistema nel lungo periodo.

L'analisi di questo contesto suggerisce l'opportunità di promuovere una "sleep care" dell'età evolutiva già a partire dal filtro territoriale, sviluppandosi, in una Rete coordinata del Sonno, verso livelli successivi di com-

petenza, da tradurre in livelli successivi di complessità diagnostica e terapeutica, fino al terzo livello assistenziale.

Area di intervento, popolazione residente e contesto di riferimento

La popolazione campana residente allo 01/01/2020 (fonte dati: ISTAT) risulta pari a 5.785.861 abitanti, di questi 1.019.891 (= 17,63%) sono i soggetti in età evolutiva (0-18 anni), così distribuiti: 762.487 in età pediatrica (0-14 anni) e 257.404 in età di transizione (14-18 anni).

Da qualsiasi stima preliminare che tenga conto del costo delle prestazioni e della differenza di costo tra gestione di un paziente correttamente diagnosticato e costo complessivo (stima di costo pro capite nel SSR), si può desumere che, se da un lato esiste un costo sommerso per milione di residenti, successivamente, a seconda di come è strutturato il percorso di diagnosi e conseguente inserimento terapeutico, ci potrebbero essere, dall'altro, uscite eccessive in caso di accesso non regolamentato alla diagnostica, supponendo che questa sia sufficientemente disponibile nel Sistema Sanitario Pubblico.

Dal punto di vista di strategia ottimale, basterebbe un investimento di pochi milioni di euro per milione di abitanti per investire in una medicina di filtro, che, inserita in un sistema strutturato su livelli successivi di complessità diagnostica, possa rendere disponibile, a seconda delle categorie di bisogno assistenziale, le indagini diagnostiche di livello superiore.

Evidentemente ci deve essere dal punto di vista organizzativo un corretto circolo virtuoso tra la medicina di base e la medicina ambulatoriale territoriale, da un lato, e le medicine di competenza multidisciplinare nel livello di complessità successiva, dall'altro, con network *Hub and spoke* che riesca a programmare, regolare e revisionare correttamente il flusso assistenziale, con un contenimento della spesa attuale, rappresentata dal costo, per milione di residenti nella popolazione di riferimento, di inefficacia e inefficienza in assenza di un sistema strutturato su percorsi e profili coordinati e integrati.

Anche in età evolutiva appare auspicabile un investimento per Centri specializzati in diagnosi con Laboratori del Sonno, coerente con la percentuale del 6% dei costi diretti sanitari stimati per la diagnostica dal Ministero della Salute nella popolazione adulta sul ter-

ritorio nazionale (Intesa 87/CSR/2016).

Per la regione Campania, in considerazione della popolazione residente in età pediatrica e di transizione, di poco superiore al milione di abitanti, le stime potrebbero riguardare una spesa, per quanto del tutto approssimativa in assenza di riscontri ufficiali nella popolazione di riferimento, di circa 5 milioni di euro, a fronte di uscite stimabili, per i soli costi diretti (sanitari), circa venti volte superiori, senza considerare anche le stime riconducibili ai costi indiretti (sociali).

Il Documento del Ministero della Salute su “La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSA)” (di cui all’Intesa Stato Regioni 87/CSR/2016) affronta, tra le altre cose, il problema dei costi diretti e indiretti dei pazienti OSA non diagnosticati evidenziando come, dai dati della letteratura e da studi caso-controllo, si apprenda che i pazienti adulti con OSA, già negli anni precedenti la diagnosi (mediamente la diagnosi viene posta dopo 10 anni dall’inizio della patologia), utilizzano maggiormente i Servizi Sanitari rispetto alla popolazione generale.

Inoltre, come si rileva dall’analisi del documento pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 101 del 28/8/17 (prima regione italiana a recepire l’Intesa Stato Regioni 87/CSR/2016 e a pubblicare un PDTA OSAS nella popolazione adulta), attualmente, in Italia, si stima che circa 5 milioni di soggetti con DRS (oltre il 12% della popolazione generale adulta) siano ancora in attesa di una diagnosi corretta e di un trattamento adeguato.

Nella regione Campania, considerato che:

- la popolazione totale residente è di circa 5.800.000 persone;
- la popolazione in età evolutiva è di poco superiore a 1.000.000 di soggetti: di questi circa 750.000 rappresentano i soggetti in età pediatrica (0-14 anni) e circa 250.000 quelli in età di transizione (14-18 anni);
- la popolazione complessiva in età evolutiva da prendere in considerazione è pari a circa un sesto del totale;
- la prevalenza dell’OSAS in età adulta è stimata intorno al 12% della popolazione, in accordo con le recenti stime AASM (American Academy of Sleep Medicine);
- si possa ritenere con buona probabilità che quasi la stessa prevalenza possa risultare riscontrabile anche in età evolutiva, in accordo ai concetti già sviluppati sul problema dell’epidemia sommersa di OSAS;
- gli studi epidemiologici di Marcus et al. sui DRS, che

comunque considerano una prevalenza dell’OSAS pediatrico pari a circa la metà di quella sopra riportata per l’età adulta, con percentuali massime di prevalenza nella popolazione residente in età evolutiva che possono raggiungere il 5,7%;

i soggetti che necessitano di una diagnosi di OSAS in età pediatrica e di transizione potrebbero essere stimati in circa **sessantamila**, assumendo una prevalenza della malattia del 6% nella popolazione campana residente in età 0-18 anni.

Il numero ipotizzato è di gran lunga superiore ai riscontri attuali, per quanto stime aggiornate e attendibili non sono ancora disponibili nella regione Campania, sia per il fenomeno della migrazione sanitaria extraregionale (ancora troppo presente per le cronicità infantili), sia per le diagnosi sottostimate (russamento primario poco considerato e molte volte nemmeno indagato), sia anche per il numero di pazienti che effettuano un trattamento terapeutico ventilatorio (sovente riportato come collegato alla patologia di base, indipendentemente se ventilato solo nel sonno), sia ancora per il gran numero di casi sospetti che non vengono indirizzati a Centri specializzati o perché sfuggono al filtro territoriale o per assoluta mancanza di percorsi che ne consentano un regolare accesso al terzo livello assistenziale.

Appare evidente come la maggior parte dei residenti in età evolutiva, potenziale portatore di malattia cronica a forte impatto sociale e con implicazioni socio-economiche non trascurabili, rimanga esclusa da programmi di trattamento utile ed efficace.

Ideare e realizzare un percorso assistenziale integrato per i pazienti in età pediatrica e di transizione con disturbi respiratori nel sonno, tenuto conto delle caratteristiche del paziente non diagnosticato e non trattato, rappresenta una risposta razionale, oggi non più differibile, al gravoso problema dei costi sia diretti (sanitari) sia indiretti (sociali), a fronte di un investimento da parte del SSR (finalizzato da un lato a intercettare il sommerso non diagnosticato, dall’altro a contenere la migrazione extraregionale, fenomeno critico oggi sempre più sentito anche alla luce delle problematiche connesse all’attuale emergenza sanitaria pandemica), che appare veramente irrisorio quando comparato con le uscite imputabili ai costi sostenuti dal sistema per i pazienti non trattati, che rappresentano le cellule sfuggite alla sorveglianza sanitaria, in assenza di un sistema strutturato su livelli coordinati e integrati di complessità assistenziale, importante concausa della

dilagante epidemia sommersa di OSAS.

Numerose evidenze scientifiche concordano nel ritenere che la sostenibilità per il Sistema Sanitario, nella gestione delle cronicità, derivi dalla capacità di rendere attuabili programmi sanitari indirizzati a una diagnosi il più precoce possibile almeno nella popolazione a rischio (presenza di comorbidità o di sintomi sentinella); lo scopo di una buona prevenzione, infatti, è organizzare il sistema al fine di fornire le migliori soluzioni economicamente sostenibili e ottenere il risultato della cura della popolazione, considerando che la mancanza di diagnosi o terapia adeguata è anche un fallimento nella garanzia del diritto costituzionale di salute per tutti, tanto più per i soggetti in età evolutiva.

Una delle possibilità di intervento da considerare è quella di ridurre gli accessi ai ricoveri, a vantaggio di una gestione ambulatoriale della patologia, mediante l'utilizzo dei cosiddetti PACC (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati).

La Regione Campania, al fine di dirottare i ricoveri potenzialmente impropri verso un regime ambulatoriale, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, ha definito il nuovo modello organizzativo assistenziale denominato "Day service" per l'erogazione di prestazioni complesse e coordinate.

Il PACC si configura come modello organizzativo dinamico proposto per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze specialistiche multidisciplinari integrate e come modalità di offerta assistenziale centrata sul quesito clinico complessivo e non sulla singola prestazione.

Con tale modello ci si propone di migliorare le caratteristiche organizzative nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri, ordinari e in regime di DH, a elevato dubbio di appropriatezza.

Il PACC consente di affrontare, in modo integrato e non frazionato, problemi di salute che non hanno carattere di urgenza e necessitano di prestazioni multidisciplinari afferenti, di norma, ad almeno 3 branche specialistiche. Pertanto, il ricorso al PACC può essere previsto allorché la situazione clinica del paziente necessita di un inquadramento diagnostico e terapeutico di tipo multidisciplinare, erogabile attraverso un percorso clinico assistenziale definito, con identico o maggior beneficio e identico rischio per il paziente e con minore impiego di risorse, senza rendere necessa-



rio un ricovero ospedaliero (la durata di tutto il percorso di cura deve essere risolta entro un mese dall'attivazione del PACC, con un numero limitato non superiore a 3 accessi per percorso e non superiore a 2 PACC per la medesima patologia per lo stesso paziente nel corso dell'anno solare).

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "**Santobono-Pausilipon**" di Napoli è il polo operativo di riferimento della Regione Campania per l'emergenza territoriale e per l'alta specialità in età evolutiva; è l'unica Azienda Ospedaliera pediatrica in Campania e rappresenta un punto di riferimento anche per regioni limitrofe come Basilicata, Calabria e Molise, che non hanno ospedali pediatrici sul loro territorio.

L'Azienda Ospedaliera pediatrica è organizzata in dipartimenti assistenziali che sono coinvolti, tra le altre attività, nella gestione dei disturbi neurologici, respiratori e cardiovascolari sono correlati.

Il **Dipartimento di Pediatria** include le attività di Centri di alta specialità pediatrica di interesse nella

gestione multidisciplinare delle patologie sonno correlate (genetica clinica, malattie rare, endocrinopatie, nutrizione clinica, diagnostica funzionale ph-impendenzometrica), oltre l'area semintensiva specializzata in varie branche della medicina cardiorespiratoria per pazienti in età pediatrica e di transizione con patologia acuta, cronica o cronica riacutizzata, impegnata in attività che comportano carichi di lavoro di eccellenza e importanza strategica nell'economia geopolitica della salute in età evolutiva nella nostra regione e in quelle limitrofe, investendo particolari competenze nella gestione dei disturbi respiratori nel sonno (polisomnografia, CPAP, ventilazione non invasiva e in portatori di tracheostomia, adattamento a dispositivi e interfacce, titolazione polisomnografica dei ventilatori). Il **Dipartimento di Emergenza e Accettazione** (DEA) è polo di riferimento pediatrico di emergenza/urgenza territoriale regionale; la Terapia Intensiva Pediatrica è Centro di riferimento sovraregionale per emergenze e cure intensive in età evolutiva e per la sindrome di Ondine (CCHS, *Central Congenital Hypoventilation Syndrome*) e altre patologie croniche in pazienti medicalmente complessi che necessitano di cure integrate ospedale-territorio, seguiti a domicilio in ADI per follow-up multiprofessionale (neuromuscolari, paralisi cerebrali infantili, sindromici, portatori di tracheostomia o gastrostomia, pazienti ventilati o in ossigenoterapia a lungo termine).

Il **Dipartimento di Scienze Chirurgiche** è polo di riferimento regionale e per le regioni limitrofe nelle branche di otorinolaringoiatria (collaborazione multidisciplinare per OSAS e ipertrofia adenotonsillare, laringomalacia o tracheomalacia), chirurgia generale e chirurgia plastica (multidisciplinarietà per palatoschisi in sequenza di Pierre Robin e altri complessi sindromici).

Il **Dipartimento di Neuroscienze** è punto di riferimento regionale e nazionale per le patologie neurologiche (epilessie) o neuromuscolari (atrofie muscolari spinali, distrofie muscolari) e per la riabilitazione in post-acute e cronici (accidenti cerebrovascolari, paralisi cerebrali infantili, encefalopatie epilettogene), con follow-up interdisciplinare per disturbi respiratori sonno-correlati e disturbi del sonno in generale; è Centro di riferimento regionale per l'obesità infantile e la sindrome di Prader Willi; è sede di una neurochirurgia pediatrica di respiro europeo, impegnata, tra le altre aree di interesse, nel trattamento decompressivo della fossa cranica posteriore nei pazienti con malformazione di Chiari (che presentano sofferenza bulbare da erniazione delle tonsille cerebellari con apnee centrali e miste nel sonno), nella gestione dei pazienti con siringomielia idiopatica o acquisita, nel trattamento e follow-up delle anomalie craniofacciali, nel management multidisciplinare dei pazienti neurooncologici e Centro internazionale di neuroendoscopia pediatrica.



Razionale

Nel documento della Conferenza Stato Regioni 87/CSR/2016 sulla "sindrome delle apnee ostruttive nel sonno", dove, peraltro, ampio spazio è stato dedicato all'età evolutiva, si afferma che l'OSAS ha i requisiti per essere considerata una malattia cronica.

Le prove scientifiche suggeriscono che la sostenibilità di un Sistema Sanitario pubblico, in termini di cronicità e gestione della patologia, derivi dalla capacità di rendere fattibile la diagnosi precoce attraverso un percorso diagnostico e terapeutico corretto.

Non a caso, il documento di Intesa 87/CSR/2016 termina con le azioni proposte per il superamento delle criticità connesse alla scarsa conoscenza dell'OSAS quale malattia cronica, e, in particolare, con la raccomandazione di tenere conto delle necessità connesse all'OSAS nei futuri aggiornamenti del "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", approvato con decreto ministeriale (DM 70/2015), che tra l'altro istituisce le Reti ospedale-territorio, partendo dall'esigenza che, all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, creando dieci reti, ma senza prendere in considerazione un'eventuale rete per la Medicina del Sonno o per l'età di transizione, da valutare per possibile integrazione nei futuri aggiornamenti, almeno per la rete di Medicina del Sonno, alla luce della raccomandazione conclusiva presente nel documento di Intesa Stato Regioni citato.

Costruire un percorso assistenziale significa progettare un ponte per aprire al territorio la conoscenza della disciplina, per avvicinare il filtro territoriale al terzo livello assistenziale e riconoscere precocemente la *sleep apnea*, sincronizzando tempi di screening e intenti di follow-up: anche questa è una Rete tempo-dipendente, solo che non riguarda i pazienti acuti, ma quelli cronici!

La *mission* di "Sonno e Respiro 2019", il primo Simposio multidisciplinare di Medicina del Sonno dedicato all'età evolutiva in Campania (evento che ha fatto registrare interesse e diretto coinvolgimento di medici e pediatri di famiglia, ospedalieri, universitari, professionalità del comparto, sanitari di altre discipline mediche e chirurgiche, impegnati nella gestione multidisciplinare delle cronicità in età pediatrica e di transizione, realizzando un laboratorio didattico innovativo e ponendo la nostra

regione al centro dell'attenzione scientifica nazionale), è stata proprio quella di aprire al territorio la conoscenza della disciplina specialistica, rafforzando i ruoli centrali, di indirizzo e guida per la realizzazione di percorsi condivisi, sia delle Società scientifiche (percorsi formativi e professionali) sia delle Strutture sanitarie pubbliche (percorsi assistenziali e politiche sostenibili, solidali e universali in grado di assicurare i livelli qualitativi minimi essenziali di welfare) sia delle Associazioni dei pazienti e delle loro famiglie (percorsi di umanizzazione delle cure per emancipare la *vision* del sistema salute, invertendo la centralità del sistema: non più la "malattia cronica" del bambino ma il "bambino con malattia cronica" e la sua famiglia).

In questa prospettiva, dunque, fondamentale appare il ruolo rivestito dai medici dell'assistenza primaria (pediatri di famiglia e medici di medicina generale); le Cure Primarie riconoscono come livello di riferimento il territorio, il loro ambito organizzativo specifico è il Distretto Socio-sanitario di Base (DSB), articolazione periferica dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), dove si realizzano programmazione e organizzazione, controllo dei risultati e monitoraggio epidemiologico, verifica degli indicatori di percorso e di esito.

Il rationale di una buona assistenza sul territorio punta, tra le altre cose, a determinare una riduzione dei ricoveri, con uno spostamento della domanda di assistenza sanitaria dagli ospedali alle strutture territoriali di prossimità, con una notevole riduzione dei costi e un aumento della qualità delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere decongestionate; particolare attenzione va posta ai processi di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, laddove frequente causa di ricoveri ospedalieri inappropriati è proprio la riacutizzazione delle patologie croniche.

I medici delle Cure Primarie rivestono, dunque, un ruolo determinante, quali sentinelle del sistema e attivatori dei Profili Integrati di Cura (PIC), per garantire il governo clinico delle patologie croniche, in un'ottica sia di prevenzione sia di allungamento dei tempi intercritici di riacutizzazione, con riduzione dei costi sociali ed organizzativi derivanti dagli accessi ospedalieri reiterati o non appropriati.

Pertanto, un approccio razionale alla gestione delle cronicità passa soprattutto per la valorizzazione della Sanità Territoriale, sviluppando le potenzialità dell'assistenza territoriale primaria e definendo percorsi di assistenza per le patologie croniche o ad alta complessità assistenziale, che determinano la più alta

percentuale di spesa e di impegno del Sistema Sanitario Regionale; in una visione integrata del sistema salute, i disturbi del sonno, con particolare riguardo per la *sleep apnea* in età pediatrica e di transizione, devono rientrare in percorsi assistenziali accessibili a tutti, con una diagnostica polisonnografica che non sia al servizio di singole unità operative, ma centralizzata e al servizio delle aziende ospedaliere e dei territori, per le esigenze di salute non più differibili dell'utenza regionale campana e delle macroaree sovraregionali che non hanno ospedali pediatrici di riferimento sui propri territori (Basilicata, Calabria e Molise).

Nel documento di Intesa Stato Regioni 87/CSR/2016, l'analisi della dimensione ottimale nella macroarea regionale ha come obiettivo la costruzione di una Rete strutturata su tre livelli organizzati territorialmente come modello *Hub and spoke*.

Le fasi del percorso disegnato dall'Intesa del 12 maggio 2016 prevedono un livello di base o sentinella del sistema, che è il filtro territoriale da cui i pazienti vengono indirizzati alla medicina di competenza, partendo dal sospetto clinico di disturbo sonno-correlato, su consiglio del medico curante (pediatra di famiglia o medico di medicina generale).

Dopo la prima valutazione, il paziente viene inviato a osservazione multidisciplinare di competenza, che funge da filtro successivo, che è il livello successivo di competenza, fase di conferma del sospetto diagnostico, monitoraggio e primo step terapeutico (specialista ambulatoriale sul territorio; medico specialista ospedaliero o universitario; odontoiatra).

Infine, l'ultimo livello, costituito da Centri di riferimento ad alta specializzazione, con la possibilità di gestione completa di tipo multiprofessionale, realizzando al loro interno un'interdisciplinarietà necessaria per condividere esperienze, casi difficili e decisioni oculte, funzionalmente connessi alla rete ambulatoriale specialistica per OSAS, ponendosi, nel loro complesso, quale punto di riferimento regionale o interregionale, che tratteranno i casi più complessi nei Laboratori del Sonno, peraltro presenti in numero esiguo sul territorio nazionale, in particolare per la gestione della malattia in età evolutiva, ma anche in età adulta, dove abbiamo un rapporto demografico tra presenza di Centri Sleep Lab e popolazione residente in Europa che va da 1:200.000 (Belgio) a 1:700.000 (Regno Unito), ma in Italia si assesta su numeri che mediamente configurano il rapporto di un Centro del Sonno per oltre due milioni di abitanti, e questo spiega la scarsa capacità dell'assi-

stenza sanitaria pubblica di soddisfare un numero elevato di richieste di esami diagnostici polisonnografici; ed è superfluo sottolineare che il rapporto tra Centri del sonno e popolazione infantile residente appare non solo ulteriormente sbilanciato, ma numericamente impossibilitato a soddisfare le esigenze provenienti dai propri territori regionali e da quelli limitrofi.

La valutazione dei dati emersi in seguito a recenti survey nazionali a cura del Gruppo di studio sui DRS della SIMRI (Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili), condotte tramite l'uso di questionari somministrati ai pediatri italiani (ospedalieri e di libera scelta), suggeriscono che, se da un lato c'è consapevolezza, da parte degli operatori del settore circa l'importanza delle problematiche respiratorie sonno-correlate in età pediatrica e di transizione, per le conseguenze cardiovascolari e neurocomportamentali, che incidono in misura importante sulla qualità di vita, sul tessuto sociale e sull'impatto economico del bilancio di famiglie e servizio sanitario nelle regioni meridionali, dall'altro fanno da contraltare sia la scarsa consapevolezza del problema nella popolazione residente, nei media e nelle istituzioni scolastiche e socio-sanitarie regionali, sia la differenza ancora esistente sui percorsi di diagnosi e cura tra regioni del Centro-Nord e regioni del Sud, con un minor ricorso alla diagnostica di eccellenza e al trattamento chirurgico, in queste ultime. La cosa si spiega con la presenza di Centri di terzo livello dedicati al problema della *sleep apnea* in età evolutiva da Roma a salire, laddove gli spazi e i tempi destinati alla diagnostica di eccellenza sono adeguati alle necessità del territorio; questo, a sua volta, spiega sia la difficoltà ad arginare il fenomeno del ricorso alla mobilità passiva extraregionale a partenza dalle regioni del sud, sia il minor ricorso alla chirurgia, che, difatti, necessita sempre più di un supporto diagnostico altamente specializzato (polisonnografia) che sia di sostegno alle complesse e delicate decisioni pro-operatorie, oggi sempre più interdisciplinari (sovraglottoplastica, avanzamento bimascellare, decompressione bulbare) e difficili da prendere (chirurgia bariatrica, con particolare riguardo all'età di transizione, per il significativo incremento epidemiologico di obesità morbigena osservato negli adolescenti).

Inoltre, per quanto i pediatri italiani siano consapevoli del problema dei disturbi del sonno in età evolutiva, in particolare per i disturbi respiratori sonno-correlati, esprimono la necessità di migliorare la propria istruzione. La formazione dei medici pediatri e degli



altri specialisti dedicati alla gestione della patologia cronica del bambino e dell'adolescente dovrebbe utilizzare misure più specifiche in base ai diversi livelli di competenza, al fine di fornire corsi di formazione personalizzati, andando verso una formazione traslazionale permanente, rivolgendosi agli specialisti della salute in età evolutiva per livelli paralleli (complessità differenziata) e successivi (complessità subentrante) di competenza, in grado di influenzare le capacità e la soddisfazione dei pediatri nel management delle cronicità dal lattante all'adolescente, ricordando che un sistema scientifico è sostenibile se si sviluppa nelle tre fasi fondamentali di formazione, informazione e ricerca.

In definitiva, per una Rete che funzioni, è indispensabile la formazione degli operatori sanitari, il loro addestramento e aggiornamento continuo, l'informazione corretta di media e cittadini, oltre a sensibilizzare istituzioni e direzioni strategiche del settore, per costruire una Rete assistenziale integrata non solo efficace ma anche efficiente, in grado di dare risposte sul territorio, e di darle in tempi sostenibili, di rendere visibile l'epidemia sommersa del complesso patologico e di arginare il fenomeno della mobilità extraregionale a partenza dalle Regioni che meno investono nel settore delle cronicità in età evolutiva, spendendo poi paradossalmente molto di più, anche in considerazione del fatto che un paziente non diagnosticato e non trattato grava maggiormente sul Servizio Sanitario Regionale rispetto a un paziente adeguatamente trattato, sia in termini di costi diretti (sanitari) sia indiretti (sociali).

Che ci sia nei pediatri italiani una maggiore consapevolezza di queste problematiche in età evolutiva è ormai un dato di fatto, e questa consapevolezza, che si trasforma in "desiderio di cultura" per le malattie rare o per i disturbi del sonno o per la cronicità in genera-

le, si osserva nella nostra regione e in quelle limitrofe, anche nel caso delle ricerche nazionali citate, dove la Campania ha raggiunto da sola il 15% dei rispondenti di tutto il territorio nazionale, percentuale che sale al 22% sommando il dato regionale campano ai dati provenienti dalle regioni limitrofe Basilicata, Calabria e Molise.

In effetti, molti segnali ci indicano la strada da percorrere verso laboratori didattici innovativi, in grado di soddisfare le necessità culturali emergenti tra pediatri universitari, ospedalieri e di libera scelta, medici di medicina generale, professionisti di altre discipline mediche, chirurgiche e del comparto, impegnati nella gestione integrata dei bisogni di salute in età pediatrica e di transizione, realizzando focus sulla disciplina, ponendo la multidisciplinarietà come filo conduttore di un itinerario comune attraverso la Medicina del Sonno, aprendo al territorio la conoscenza della disciplina e avvicinando il filtro territoriale al terzo livello assistenziale; è anche da sottolineare, da un lato la necessità di percorsi formativi altamente specializzati in una prospettiva di Pediatria integrata, dall'altro la necessità di favorire l'integrazione tra culture scientifiche proprie di ogni età, esigenza particolarmente sentita per il follow-up multidisciplinare dei pazienti medicalmente complessi.

Non esiste attualmente una rete assistenziale organizzata né in ambito territoriale né ospedaliero propria per i pazienti in età evolutiva con malattia cronica e ad alta complessità nel delicato e complesso passaggio all'età adulta, in particolare nei casi in cui l'età anagrafica non corrisponda con il reale sviluppo fisico e cognitivo. Questa osservazione, insieme all'aumentata sopravvivenza dei pazienti cronici medicalmente complessi, è fonte di una carenza assistenziale critica e tale da rendere necessario un intervento normativo e di Sanità Pubblica per la costruzione di percorsi assistenziali adeguati.

Costruire un percorso assistenziale in età adolescenziale, in particolare per pazienti cronici medicalmente complessi, significa progettare un passaggio, disegnando un link di consegne condivise, per favorire l'integrazione tra culture diverse, ma non distanti, e realizzare compiutamente una "cultura di transizione", con network di management interdisciplinare e multiprofessionale, necessari per alta complessità delle prestazioni, rischio connesso al trattamento e necessità di follow-up complesso, in una gestione integrata delle criticità dei pazienti in età di transizione affetti da patologia cronica o comorbilità.

Conclusioni

Lo studio, la diagnosi e la cura dei Disturbi Respiratori nel Sonno in età pediatrica e di transizione rappresentano un esempio concreto e innovativo di gestione multidisciplinare dei bisogni di salute del bambino, per complessità delle prestazioni e tempo necessario alle stesse, opportunità di follow-up articolato per livelli differenziati di competenza ed esigenza di perseguire una visione unitaria e integrata dei problemi clinici del paziente mediante tempestive e coordinate procedure diagnostico-terapeutiche, dove il medico esperto in Medicina del Sonno, con la collaborazione di figure professionali altamente specializzate (neurologo, cardiologo, pneumologo, endocrinologo, nutrizionista, genetista, otorinolaringoiatra, foniatra, odontoiatra, ortodontista, chirurgo maxillo-facciale, neurochirurgo, intensivista, fisiatra, neuropsichiatra infantile), sviluppa una Rete in grado di favorire la realizzazione di percorsi di monitoraggio, diagnosi e cura sempre più adeguati a rispondere alle esigenze che provengono dai bambini con patologia grave e dalle loro famiglie.

In tale prospettiva, operando in un contesto di medicina pediatrica e di transizione, il sonnologo più incline a gestire e coordinare la "care" multiprofessionale e interdisciplinare per i pazienti in età evolutiva è il pediatra che opera nel terzo livello assistenziale (medicina di competenza); in questo contesto, per altro verso, la figura professionale che, riconoscendo tempestivamente il complesso patologico alla base della *sleep apnea*, può modificare la storia naturale della malattia, è rappresentata dal medico curante (pediatra di famiglia o medico di medicina generale), che opera sul territorio (medicina di filtro), suggerendo l'opportunità di promuovere una "sleep care" per l'età evolutiva già a partire dal filtro territoriale, sviluppandosi, in una Rete coordinata del Sonno, verso livelli successivi di competenza, fino ad arrivare al livello di eccellenza o alta specializzazione, che rappresenta il livello operativo più completo di specialità interdisciplinare della medicina di competenza (Laboratorio del Sonno e Centro di riferimento regionale).

Nello stesso contesto, i genitori di bambini medicalmente complessi, portatori di malattie rare o con patologia cronica di interesse multidisciplinare, assumono un ruolo centrale per l'impegno logistico e di supporto motivazionale, finalizzato a modificare la storia naturale di malattie che, negli ultimi tempi, hanno visto profonde modifiche nel modo di affrontare la

cronicità, con evoluzione favorevole in considerazione di collaborazione interdisciplinare e shift di approccio, che da palliativo diventa proattivo, contribuendo non poco a sostituire, nella gestione dei bisogni di salute, il ruolo chiave della malattia infantile con quello del bambino malato e della sua famiglia, segnando le prime vittorie strategiche, in uno con quelle provenienti dal mondo della ricerca molecolare e applicata, verso umanizzazione delle cure e innalzamento dei livelli qualitativi di welfare, per un cammino comune verso un'alba più serena, compiutamente condiviso dalle famiglie dei piccoli pazienti e dagli operatori sanitari e parasanitari, che fanno "assistenza" ovvero "aiutano percorrendo lo stesso cammino" che, per quanto appesantito dalla sofferenza, trova sollievo nelle concrete prospettive di conoscenza verso frontiere terapeutiche e modelli di assistenza sempre più adeguati ai livelli crescenti di cronicità.

Purtroppo, la visione strategica attuale del nostro Sistema Salute ancora non realizza compiutamente una "cultura della cronicità in età evolutiva" e le patologie nei bambini e negli adolescenti sovente non sono gestite in ambiente dedicato. La diagnosi è spesso tardiva, con rischi sia immediati sia a distanza; al miglioramento delle tecniche di cura non corrisponde automaticamente un miglior controllo della malattia; la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età pediatrica e di transizione è poco conosciuta e i casi "non diagnosticati" e, pertanto, "non trattati" sono più di quelli trattati, configurando lo scenario di una triste epidemia sommersa, che prima o poi ci presenterà il conto in termini di mancato investimento per il futuro nelle nuove generazioni, sia per la produttività del sistema nel lungo termine sia per i risvolti economici e sociali nel medio e breve termine.

In ogni caso, molta strada bisogna ancora percorrere per sensibilizzare media, opinione pubblica, istituzioni e addirittura gestori (direzioni strategiche) e operatori (medici, professionalità del comparto e altre professioni sanitarie) del settore, circa l'importanza di istituire nella regione Campania e nell'azienda ospedaliera pediatrica di riferimento, percorsi efficaci ed efficienti di informazione, formazione e ricerca, per lo sviluppo della disciplina, per il coordinamento delle attività specialistiche coinvolte nella gestione multiprofessionale e interdisciplinare dei pazienti medicalmente complessi e per avvicinare il filtro territoriale al terzo livello assistenziale, allo scopo di intercettare, affrontare e gestire compiutamente, nel breve come nel

medio e lungo periodo, il bambino portatore del complesso patologico che caratterizza la *sleep apnea*, nel tentativo di modificare la storia naturale della malattia in età evolutiva, con particolare riguardo alla medicina di transizione, laddove più forte, nelle famiglie e nella società, è la richiesta di interventi incisivi sui bisogni di salute di questi pazienti, soprattutto in termini di miglioramento della qualità di vita, e altrettanto forte è l'esigenza, proveniente da addetti ai lavori e istituzioni, di dare risposte adeguate ai livelli crescenti di cronicità in tutte le fasce dell'età evolutiva, con particolare riguardo alla fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta, dove si riscontra ancora troppo spesso la mancanza di punti di riferimento in grado di assicurare risposte adeguate e conclusive.

In definitiva, appare oggi necessario e non più differibile porsi l'obiettivo di sviluppare uno schema progettuale di Percorsi Assistenziali Integrati, partendo dall'analisi dei punti di forza e di debolezza aziendale,

una volta valutati rischi e opportunità del sistema e del contesto regionale di riferimento, per realizzare, in un concetto integrato di Rete funzionale operativa, percorsi innovativi tra medicina di filtro e medicina di competenza, nel contesto di un SSR in grado di pensare multidisciplinare e pronto ad operare in una prospettiva di Pediatria integrata verso livelli successivi di complessità diagnostica e terapeutica, con percorsi tempo-dipendenti per la salute di pazienti cronici ad altissimo rischio di complicanze o *exitus*, percorsi salvavita condivisi tra filtro territoriale e terzo livello assistenziale, non per scoprire nuove prospettive, ma per inquadrare quelle che abbiamo con occhi diversi, in un orizzonte temporale possibile e sostenibile, per una notte meno buia nel pianeta salute del bambino, ricordando che il sonno è un osservatorio privilegiato per uno studio tempestivo delle cronicità in età pediatrica e di transizione.

Bibliografia essenziale

- DM Salute 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)", BURC n. 66 del 4/9/2017.
- Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, legge 5 giugno 2003 n. 131, sul documento recante "La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)" (Rep. Atti n. 87/CSR del 12 maggio 2016).
- Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, et al. American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Technical Report. *Pediatrics* 2012;130(3):e714-55.
- Nosetti L, Paglietti MG, Brunetti L, Masini L, et al. Italian Pediatric Respiratory Diseases Society (SIMRI) Sleep Disordered Breathing Working Group. A survey around the Italian pediatric units on current clinical practice for Sleep Disordered Breathing (SDB). *Italian Journal of Pediatrics* 2019;45:75.
- Nosetti L, Paglietti MG, Brunetti L, Masini L, et al. IPRS (SIMRI) Task Force on Sleep Disordered Breathing (SDB-TF). Application of latent class analysis in assessing the awareness, attitude, practice and satisfaction of paediatricians on sleep disorder management in children in Italy. *PLoS One* 2020;15(2):e0228377.
- Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
- PDTA OSAS Regione Puglia 2017 (Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 101 del 28/8/2017, recante Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2017 n. 1302, Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 12/5/2016 (Rep. atti n. 87/CSR) ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)". Rete Regionale OSA: definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) OSA della Regione Puglia).

Per contattare l'Autore **Luigi Masini**: masini.luigi@fastwebnet.it

Norme per gli autori

1. **Pediatria Preventiva & Sociale - Organo della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale** è una rivista

che pubblica, in lingua italiana o inglese, lavori scientifici originali inerenti il tema della Medicina Pediatrica, in particolare sotto l'aspetto della prevenzione e dell'impatto sociale.

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

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

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

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

Per articoli:

- You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-4

- Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on line chromosome 21. *Lancet* 1989;1:352-5

Per libri:

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

Per capitoli di libri o atti di Congressi:

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

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

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

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

- su sistema operativo Macintosh: a) Word 5.1 o inferiori; b) Xpress 3.31; Xpress Passport 4.0 o inferiori

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

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

- risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, Tiff, eps

- risoluzione almeno 800 dpi per il formato bmp

Le immagini vanno salvate come singolo file.

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

10. I lavori devono essere indirizzati a:

Dr.ssa Elisa Vaccaroni

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

Sintesi InfoMedica

Via Brembo, 27 - 20139 Milano

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

E-mail: redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

Il triage telefonico: l'occhio rosso da congiuntivite allergica



Venturelli L

Pediatra, Bergamo

Riassunto

Eccoci arrivati all'ultimo appuntamento di un percorso per il triage telefonico riguardante un disturbo oftalmologico comunemente riscontrato nell'ambulatorio del pediatra di famiglia: l'occhio rosso. Essendo un sintomo molto generico, necessita di una valutazione iniziale delle motivazioni possibili che ne hanno comportato l'insorgenza. È importante valutarne la gravità per procedere nel migliore dei modi. In questo ultimo appuntamento mostreremo come procedere nel caso di un occhio che si arrossa a causa di una possibile allergia.

Abstract

This article brings a conclusion to the red eye telephonic triage analysis, which explained the correct steps to properly manage this issue. Being a very generic symptom, the red eyes needs an initial assessment of the possible motivations that led to its onset. It is important to evaluate its severity in order to proceed in the best way. In this last appointment we will show how to proceed in case of an eye that is reddened as a consequence of a possible allergy.

Parole chiave

trriage, occhio rosso, virus, allergia

Key words

trriage, red eye, virus, allergy

Introduzione

L'occhio rosso rappresenta sempre un campanello d'allarme per la presenza di uno stato infiammatorio (più o meno grave), di origine infettiva, allergica o traumatica. È opportuno, tuttavia, ricordare che difficilmente le conseguenze sono serie per la funzionalità visiva a lungo termine: per la stragrande maggioranza sono infatti problemi di semplice risoluzione. È importante riconoscere il motivo alla base della manifestazione del disturbo, pertanto sarà opportuno indirizzare le domande iniziali per poter poi prendere una decisione al riguardo. Per distinguere tra le possibilità si potrà dunque procedere ponendo le seguenti domande:

- c'è stato un trauma o è entrato in contatto con un corpo estraneo?
- ha avuto contatto con prodotti chimici o irritanti?
- c'è secrezione biancastra, filante?
- c'è solo l'occhio rosso, senza altri disturbi?
- il bambino è allergico e ha l'occhio arrossato (entrambi gli occhi arrossati, lacrimazione intensa, prurito o frequente sfregamento, talvolta lieve gonfiore delle palpebre, talvolta concomitante rinite, mancano invece febbre, dolore e pus)?

A seconda della risposta ottenuta si potrà iniziare a orientarsi sulle diverse motivazioni alla base del disturbo. In questo numero ci concentreremo sulla possibilità che il bambino soffra di congiuntivite allergica.

Congiuntivite allergica

Caratterizzata da occhi arrossati, lacrimazione intensa, prurito o frequente sfregamento, talvolta lieve gonfiore delle palpebre; può essere concomitante rinite; mancano febbre, dolore e pus.

Domande iniziali

- Nome, età, peso del bambino

Domande

- Da quanto tempo sono comparsi i sintomi (ore o giorni)?
- È stato esposto al sole in spiaggia o in montagna o sulla neve? **(1)**
- Quanto è intenso il prurito?
- Le palpebre sono gonfie?
 - Quanto? (fino a tenere chiuso l'occhio?)

- Ci sono sacche di fluido giallo sotto la palpebra?
- C'è secrezione?
 - Quanta? Di che colore?
- Si sospetta che qualcosa abbia scatenato la reazione allergica? Che cosa?
- Ha già avuto reazioni allergiche in passato?
 - Quando è stata l'ultima volta?
 - Quali farmaci hanno funzionato meglio in passato?

Visita programmata in giornata se

- Palpebre gonfie e chiuse o sacche di fluido giallo sotto la palpebra **(2)**
- L'allergia agli occhi impedisce al bambino di giocare o dormire, nonostante la terapia antiallergica **(3)**
- Le palpebre sono incollate con pus **(4)**
- Nessun medico ha mai visitato il bambino per allergia agli occhi o congiuntivite allergica **(5)**
- Genitori ansiosi o preoccupati

Consigli telefonici

- Lavare la faccia con acqua e

asciugare con un asciugamano pulito ogni volta che il bimbo rientra in casa dopo una giornata ventosa

- Impedire che il bimbo si tocchi gli occhi con mani non pulite
- Doccia e shampoo tutte le sere, per allontanare i pollini dai capelli
- Compresse di garza sugli occhi con acqua fredda
- Se molto rossi o secrezione mucosa: applicare collirio antistaminico (secondo precedente prescrizione medica): 2 gocce per occhio ogni 8 ore per qualche giorno

Richiamare se

- I sintomi non migliorano con 2 o 3 giorni di continuo trattamento antiallergico
- Il bambino peggiora
- Comparsa di pus

Considerazioni e commenti

- (1) Congiuntivite attinica:** si tratta di una forma provocata dai raggi solari o da altre forme di radiazione. Per evitare di contrarla è, quindi, importante utilizzare occhiali con filtri per i raggi ultravioletti. La congiuntivite attinica è più frequente al mare e sulla neve:

per questa ragione in tutti questi casi è fondamentale proteggere gli occhi adeguatamente con occhiali scuri a norma di legge.

- (2) Chemosi:** è una reazione allergica severa, compaiono vesciche o sacche di fluido giallo sulla sclera o all'interno della palpebra. Si tratta con cortisonici o antinfiammatori in collirio.
- (3) Congiuntivite primaverile cronica detta Vernal:** ad eziologia ignota, tipicamente esordisce in bambini in età prescolare (inizia prevalentemente nella prima decade di vita, con tendenza alla risoluzione spontanea verso la fine della seconda. La congiuntiva si presenta ispessita con un aspetto ad acciottolato, non risponde agli antistaminici orali e richiede una visita oftalmologica.
- (4) Congiuntivite batterica:** per sfregamento degli occhi con le dita.
- (5) La maggior parte delle congiuntiviti allergiche è da pollini** e presenta un tipico andamento stagionale, spesso si associa a una rinite e dura tutto il periodo della pollinosi (circa 2 mesi). Non è difficile osservare una relazione con l'esposizione. Se i sintomi non sono stagionali l'allergia può dipendere da contatto con altri antigeni quali il **pelo** o le **piume di animali**. La terapia della congiuntivite allergica prevede un farmaco antistaminico per bocca per tutto il periodo dell'allergia e, se non sufficiente, un collirio antistaminico, sotto controllo medico.

Bibliografia essenziale

- AAVV. Oculistica in età evolutiva. Sintesi InfoMedica edizioni, Milano, 2018.
- Bielory L, Meltzer EO, Nichols KK. An algorithm for the management of allergic conjunctivitis, Allergy Asthma Proc 2013;34:408-20.
- Pediatric Eye problems. Visto in: <https://www.migrantclinician.org/toolsource/clinical-guidelines/pediatric-telephone-triage-guidelines.html>
- Pingitore M, Landi D, Ghiglioni G, et al. Rinocongiuntivite. In: Guida pratica sulle allergie, Editeam edizioni, Cento, 2015.
- Schmitt BD. Pediatric Telephone Protocols. 14th Edition. Publisher: American Academy of Pediatrics (2012).

Per contattare l'autore **Leo Venturelli**: leoventu@libero.it

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



LUCI

OMBRE

ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

16 - 18 LUGLIO 2021
Hotel Royal Continental, Napoli

RIFERIRE O NO I BAMBINI CON EMANGIOMA INFANTILE?

Da oggi c'è uno strumento che può aiutarti a **riconoscere rapidamente un emangioma infantile ad alto rischio**, per riferire i pazienti ai Centri specializzati e iniziare una terapia corretta e tempestiva



PFI/2020/001

IHReS Infantile Hemangioma Referral Score

- Sviluppato da esperti internazionali
- Validato da medici delle cure primarie

Online tool¹



Digita
www.ihscoring.com
da PC, smartphone
e tablet

**VAI DIRETTAMENTE
AL TOOL**

**ACCEDI AL TRAINING
CON 6 CASI CLINICI**

1. www.ihscoring.com

Per conoscere i Centri specializzati e per maggiori informazioni visita il sito

www.emangioma.net

