FIMPNAPOLI Notizie

Federazione Italiana Medici Pediatri
Sezione Provinciale di Napoli

Dicembre 2014

Copia riservata agli iscritti FIMP Napoli

Sotto l'albero di Natale
Ricetta Elettronica e Dematerializzazione

- *L'Editoriale*
- *Ricetta Elettronica e dematerializzazione*
- *L'Accordo Stralcio del 2 dicembre 2014*
- *L'VIII Congresso Nazionale FIMP (visto "da fuori")*
- *Fulvio Turrà nuovo Segretario FIMP Campania*
- *I lavori dei pediatri di famiglia*
- *La striscia di Giulia*

L'Editoriale

a cura di Antonio D'Avino, Segretario Provinciale FIMP Napoli

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

con l'approssimarsi della fine dell'anno è consuetudine fare un bilancio dei mesi trascorsi, analizzando cosa si è realizzato rispetto alla programmazione effettuata.

A meno di un anno dal mio insediamento nella carica di Segretario provinciale sono davvero contento del lavoro avviato, dei risultati già ottenuti (la rappresentanza nel Consiglio dell'Ordine dei Medici, la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Stralcio, l'attribuzione della Segreteria Regionale alla sezione napoletana), ma soprattutto la maggiore soddisfazione deriva dal constatare che il clima che si è creato nella nostra sezione è basato sulla stima reciproca e sulla continua condivisione, finalizzate al raggiungimento del "miglior" obiettivo per la categoria dei Pediatri di famiglia.

La squadra che Voi avete votato e che mi onoro di coordinare ha partecipato a tutte le scelte strategiche della sezione e la stragrande maggioranza delle decisioni sono state assunte all'unanimità.

Certo non è mancato il pluralismo di idee che ha arricchito di contenuti tutte le nostre valutazioni, sempre nell'ottica di una sana e costruttiva dialettica di cui si è avvantaggiata la nostra comunità sindacale.

Vorrei ringraziare ad uno ad uno tutti i componenti del Direttivo, gli amici del Centro Studi Sindacale e di quello Scientifico, i Rappresentanti di Distretto e tutti gli affidatari di deleghe, che hanno presentato delle progettualità molto interessanti e funzionali all'acquisizione, da parte della nostra sezione, di un peso davvero fondamentale nel panorama della Pediatria napoletana.

Un particolare ringraziamento ad Angela e a Roberta, vero motore della sezione, alle quali esprimo con affetto una profonda riconoscenza.

Per le prossime festività, auguro di vero cuore a tutti gli iscritti un periodo di riposo fisico e mentale, di salute per se stessi e per i propri cari, affinchè l'inizio del nuovo anno ci veda pronti ad affrontare le sfide impegnative che sono ormai alle porte: il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale e la riscrittura dell'Accordo Integrativo Regionale.

Buona fine e miglior principio!

Cordialità

Antonio D'Avino

RICETTA ELETTRONICA E DEMATERIALIZZAZIONE

a cura di Roberto Sassi

La stipula dell'Accordo stralcio siglato martedì 2 dicembre u.s. dalla Regione Campania e dalle Organizzazioni Sindacali presenti in Comitato Regionale (FIMP e CIPe) costituisce l'ultimo atto di un lungo percorso ed il compimento di un obbligo che la legge imponeva anche ai Pediatri di Famiglia della nostra Regione. Vorrei ripercorrerne con voi la storia, necessaria per comprendere cosa tale atto rappresenti e quali siano stati i percorsi posti in essere dal nostro Sindacato.

Le leggi

Sono stati necessari diversi Decreti Legge, poi convertiti in Legge, per introdurre le novità di cui ci occupiamo nella nostra vita lavorativa di tutti i giorni.
La Ricetta Elettronica trova la sua origine nell'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) e successive modificazioni ed integrazioni ed, in particolare, il comma 5-bis concernente il *collegamento telematico in rete dei medici prescrittori del Servizio sanitario nazionale (SSN) e la ricetta elettronica*;
la dematerializzazione, invece, nasce da un Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del novembre 2011, con il quale si tende alla scomparsa progressiva della ricetta rossa da noi oggi utilizzata e la produzione da parte del medico di un semplice promemoria su carta bianca.

La Campania ed il Piemonte vennero da subito scelte come Regioni-pilota nelle quali sperimentare l'introduzione della ricetta elettronica e la FIMP fu incaricata per la Pediatria di Famiglia di seguirne l'iter presso il Ministero dell'Economia e Finanza. Insieme al compianto collega Valpreda, del Piemonte, ebbi l'occasione di approcciare sin dal 2008 la materia anche partecipando a furiose discussioni con il Direttore del MEF dell'epoca, dr. Massicci. Discussioni che riguardavano, in sostanza, le modalità applicative e gli utilizzi che il MEF ne avrebbe fatto. Ci interessò, soprattutto, che tale invio non fosse utilizzato dal MEF per controllare le attività di spesa del singolo medico; il MEF ci rassicurò, per iscritto, che il controllo delle attività prescrittive non sarebbe rientrato tra gli utilizzi che avrebbe fatto delle ricette inviate per via telematica.

In Campania

Inizia così il percorso nella nostra Regione, dove, di concerto con i sindacati della Medicina Generale, abbiamo lungamente battagliato affinché fossero messi a disposizione dei PLS i mezzi necessari alla trasmissione della ricetta elettronica; in parole povere, le cifre necessarie all'acquisto degli add-on che ci permettessero di adempiere a quanto richiesto.
Dopo un dura opposizione della Regione, venne in aiuto il MEF, il quale adottò uno stanziamento sia per la prima fase, sperimentale, che per la fase a regime.
Ma da allora sono stati necessari altri 5 anni (!) affinché si riuscisse a definire una pratica che, secondo la legge, sarebbe dovuta andare a regime ad ottobre del 2011. Solo un anno fa la Medicina Generale e la Regione Campania sono riusciti ad avviare, mediante l'Accordo Integrativo Regionale, un percorso che possiamo definire concluso solo nel mese di ottobre di quest'anno.
E, in rapida successione, è stato attivato il promesso tavolo che affrontasse le stesse problematiche con la Pediatra di Famiglia; per un accordo-stralcio che ci mettesse, una volta per tutte, al riparo dalle più volte minacciate (da parte delle AASSLL) sanzioni amministrative.

L'accordo-stralcio

E' un atto autonomo, avulso dalla necessità di rinegoziare un AIR quanto mai complesso alla luce dei continui tagli dovuti al piano di rientro cui è sottoposta la Regione Campania.
Un atto che partiva da un dato non modificabile : la corresponsione di una indennità che, sommata alla già percepita indennità informatica, non superasse i 150 euro già percepiti dai MMG.
In effetti un incremento pari a € 46,71 (150,00 meno 103,29) al mese, che sarà corrisposto a partire dalla data di primo invio delle ricette elettroniche.

In realtà, la FIMP ha proposto ed ottenuto di ridefinire i compensi, pur senza travalicare il limite dei € 150,00, riportando l'indennità informatica alla cifra prevista dall'ACN (pari a € 77,47) e destinando alla ricetta elettronica la cifra residua di € 72,53 (150.00 meno 77.47).
Perché questo esercizio contabile dall'apparenza inutile?
Tutti voi sapete che la Legge Balduzzi e, ancor più, la Conferenza Stato-Regioni hanno sancito come l'AFT e le UCCP dovranno essere le uniche forme aggregative previste nel prossimo futuro e che, per la loro organizzazione, dovranno essere abolite le indennità : informatica, di associazionismo e gruppo, di collaboratore di studio ed infermiere.
Se, e quando, ciò accadrà non ci è dato ancora di sapere, ma, ad ogni buon conto, con questa differenziazione economica abbiamo inteso salvaguardare il valore economico dell'accordo appena sottoscritto.
L'altro punto, cioè la dematerializzazione (solo parziale, in effetti) della ricetta non poteva dare luogo ad incentivi, trattandosi di un altro obbligo di legge. Ma, come i MMG, abbiamo ottenuto che il 40% dei risparmi ottenuti dalla Regione dalla mancata stampa delle ricette rosse, sia ogni anno riversato nel Fondo regionale ed utilizzato per l'avvio di progetti condivisi. Considerando che, secondo organi di stampa, ogni ricetta rossa costa tra i 35 ed i 40 centesimi, potrebbe trattarsi di una cifra interessante della quale ragionare.

I tempi
L'accordo eserciterà i propri effetti a partire dal 1° gennaio 2015, anche se è previsto un periodo di "ambientamento" di 30 giorni (ne abbiamo chiesti altri 90 e siamo in attesa di risposta da parte del sub-commissario).
Da quella data sarà possibile, anzi necessario, iniziare a inviare le ricette al MEF attraverso il gestionale che usiamo nei nostri ambulatori e, nei tempi che ci saranno indicati, iniziare a stampare le ricette dei farmaci non più sulla ricetta rossa bensì su carta bianca.

Accordo stralcio all'AIR Regione Campania e PLS

Visto l'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e successive modificazioni ed integrazioni, che disciplina il collegamento telematico in rete dei medici prescrittori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la ricetta elettronica;

Visto l'art.1 comma 810 lettera c) della L. 296/2006 che regolamenta le modalità per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS da parte dei singoli medici del SSN;

Visto il DPCM 26 marzo 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 28 maggio 2008, attuativo del comma 5-bis del citato art. 50, concernente le modalità tecniche per il collegamento telematico in rete dei medici prescrittori del SSN e la ricetta elettronica;

Visto l'art. 11 comma 16 del decreto-legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, che, nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi di cui al citato art. 50, al fine di accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche di cui al medesimo art. 50, comma 4,5 e 5bis, del citato decreto-legge n. 269 del 2003, dispone che il Ministero dell'Economia e delle Finanze curi l'avvio della diffusione della suddetta procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui all'allegato 1 del decreto del Ministro della Salute del 26 febbraio 2010 n. 65, individuando nell'invio telematico dei predetti dati la sostituzione della prescrizione medica in formato cartaceo.

Visto il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2 novembre 2011 inerente la de-materializzazione della ricetta medica cartacea e l'introduzione della ricetta elettronica generata dal medico proscrittore secondo le modalità previste nel disciplinare tecnico che costituisce parte integrante del medesimo D.M. 2 novembre 2011;

Visto il D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 coordinato con la legge di conversione del 17 dicembre 2012 n. 221, il quale al comma 1 dell'art. 13 fissa i tempi e gli obiettivi percentuali di sostituzione della ricetta cartacea con quella elettronica e precisa che entro sei mesi dalla entrata in vigore del medesimo Decreto Legge le Regioni e le Province Autonome provvederanno alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con quelle equivalenti in formato elettronico, in percentuali che in ogni caso non dovranno risultare inferiori al 60% nel 2013, 80 % nel 2014 e 90% nel 2015;

Viste le funzioni e i compiti previsti dai commi 5 e 6 dell'art. 13 bis, nonché dall'art. 58 ter dell'ACN vigente,

Visto il D.C.A.. n.139 del 31.10.2014 ad oggetto "D.M. 2 novembre 2011 – Avvio delle prescrizioni de-materializzate per la farmaceutica su tutto il territorio della Regione Campania."

Considerato che la Regione Campania è monitorata puntualmente su tali attività in quanto trattasi di adempimenti previsti dal Piano di Rientro dal disavanzo, dai Programmi Operativi 2013-2015 nonché dagli Adempimenti di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2015 e s.m.i.ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio delle Stato;

(FIMP)

si conviene

- di dare avvio immediato alla attività di invio telematico delle ricette per tutti i PLS della regione Campania;
- di dare, altresì, immediato avvio all'attività di de-materializzazione della ricetta medica da parte di tutti i PLS secondo le modalità previste dal D.C.A. n. 139 del 31.10.2014
- di subordinare quest'ultima attività all'acquisizione da parte dei PLS dei relativi add-on ai loro gestionali e comunque non oltre il 31 gennaio 2015, salvo diverse determinazioni regionali.
- di rideterminare l'indennità forfettaria mensile prevista dal Capo II comma 2.1.1 "Informatizzazione degli studi pediatrici"dell'A.I.R. vigente in 77,47 euro;
- che per tutti quanti gli oneri tecnici ed economici derivanti dall'applicazione del presente accordo nonchè per quelli che verranno definiti nel prossimo Accordo integrativo regionale, verrà riconosciuta un'indennità pari a 72,53 euro

La Regione si impegna inoltre, ad individuare le risorse resesi disponibili dal risparmio sulla spesa dei ricettari del SSN.
Tali risorse, quantificate nella misura del 40% del risparmio, andranno individuate entro il 31 dicembre di ogni anno ed incrementeranno il fondo di cui all'45 dell'ACN vigente.
Il Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN vigente definisce le modalità di assegnazione di tali risorse alle AA.SS.LL.

NOTA A VERBALE n.1

Le OO.SS., pur condividendo l'accordo stralcio come sottoscritto, vista l'esiguità dei tempi a disposizione per l'avvio delle attività sopra definite, chiedono che venga concesso un tempo pari a tre mesi per la messa a regime del sistema, prima dell'applicazione di quanto previsto dagli art. 13 bis e 58 ter dell'ACN vigente.
Il monitoraggio delle modalità trasmissive sarà condiviso in seno al Comitato ex art.24

Napoli 02/12/2014

Per le OO.SS

(FIMP)

(CIPE)

per la Regione Campania

L'VIII Congresso Nazionale FIMP (visto da fuori)
Milano 2-4 ottobre
di Giuseppe Aloi

E' passato qualche mese dal congresso nazionale del nostro sindacato e vorrei adesso elaborare ed analizzare quanto di significativo è accaduto a Milano. Lo faccio guardando "da fuori", dal punto di vista, cioè, dell'iscritto; non da quello di quadro dirigente, ma da curioso che vuole capire per poi scriverne sul nostro giornale.
Vi è stato sicuramente un buon successo di pubblico, ben oltre le aspettative, dati i recenti contrasti e vicissitudini conclusi con le elezioni di Giampiero Chiamenti alla Presidenza Nazionale.
Tutte le relazioni sono apparse di buon livello ed hanno riscosso interesse da parte dei pediatri che hanno affollato questa tre giorni milanese.
In ogni modo è stato un momento di confronto e crescita culturale per la nostra categoria.
Momento clou è stata la relazione del nostro Presidente conclusasi con una tavola rotonda a cui hanno partecipato, fra gli altri, Giacomo Milillo, Segretario Generale Nazionale FIMMG e Claudio Montaldo, Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità.
La relazione si è incentrata sulla storia della nostra sigla sindacale, nata nel lontano 14 settembre 1966 a Torino e sulla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, che risale alla legge 833 del 1978, mentre la Pediatria di Famiglia nasce tra il 1979 ed il 1981 con la firma tra Fimp e parte pubblica del principio di esclusiva pediatrica tra 0-6 anni.
Certo, da allora molta acqua è passata sotto i ponti e cambiamenti radicali hanno accompagnato l'evoluzione della nostra società. Per oltre un'ora Chiamenti ha descritto con dovizia di particolari tali cambiamenti.
Dopo questa fase è passato ad analizzare le sfide per il futuro: nuovo modello assistenziale, denatalità, immigrazione. A questo punto ci aspettavamo qualcosa di propositivo, ovvero un percorso "nostro" verso un nuovo modello di assistenza pediatrica, invece non è apparso chiaro verso quali lidi la pediatria di famiglia voglia approdare.
A seguire la tavola rotonda; Montaldo, come buona notizia ci informava che la parte pubblica non è più interessata a farci passare alla dipendenza, per mancanza di fondi non certo per buona volontà, ma vorrebbe comunque trasformare il nostro rapporto di lavoro in una forma subordinata che ci vede non più libero professionisti convenzionati ma collaboratori coordinati e continuativi. In parole povere perdita dell'autonomia di cui godiamo oggi a causa di un più stretto controllo da parte della dirigenza del distretto e della ASL.
Tutte le sigle sindacali fortunatamente si oppongono a questa modifica.
Dopo Milillo si è soffermato sui modelli associativi, a proposito sembra che l'autore della tristemente famosa riforma Balduzzi, sia proprio lui.
Mentre sembrano aver meno peso le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) intese come "Casa della Salute", cioè piccoli "ospedaletti" con molti MMG, alcuni pediatri, varie branche specialistiche e piccolo pronto soccorso per codici bianco e verde, esperienza risultata fallimentare, almeno dal punto di vista economico, in Spagna ed in Inghilterra. Hanno maggior importanza la Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gruppi mono specialistici dove il medico rimane nel proprio studio e/o in una struttura unica e le UCCP intese come ambulatori distrettuali aperti in alcune ore anche del sabato, domenica e festivi.
Questa è la riforma che sta per partire nel Lazio e dovrebbe essere operativa dal 1° Gennaio 2015.
Concludendo da una parte abbiamo i sindacati dei MMG, in primis la FIMMG, che cavalca questo periodo indirizzando e guidando il ministero e le regioni verso forme per loro ideali. E' anche vero che questa riforma nasce soprattutto per la gestione del paziente cronico che deve lasciare l'ospedale e l'università per essere gestito dal territorio, e sono i MMG che gestiscono il 95 % dei malati cronici.
Dall'altra le nostre sigle sindacali, soprattutto la Fimp il cui lavoro di programmazione e progettualità è certamente più difficile, lavorando i pediatri di famiglia con "pochi " bambini affetti da malattia cronica.
Per tale fine l'alleanza con la SIP e la ACP non sembra particolarmente utile, in quanto organizzazioni che poco sanno della progettualità dell'assistenza territoriale. Quali i punti da sviluppare?
1°) L'età media dei PDF è superiore ai 50 anni ed in alcune regioni nei prossimi 5-10 anni, la maggior parte di noi andrà in pensione.

2°) Ridurre “l’acuto banale” che tanto tempo ed energia ci sottrae distogliendoci da compiti ben più importanti.
3°) Attraverso le AFT puntare sempre di più su una pediatria di prevenzione, individuando in ogni distretto uno o più pediatri responsabili del coordinamento di alcuni settori più importanti. Ad esempio, obesità, vaccinazioni, asma e patologie allergiche, percorsi gestione malattie croniche etc. Si potrebbero prevedere degli obiettivi quantizzabili e spostare su questi la parte variabile del nostro stipendio.

Per i primi 2 punti si potrebbe prevedere la riduzione del massimale a 500 o in alternativa un modo diverso di calcolare le zone carenti, in modo da permettere ai pediatri giovani di inserirsi e/o una fase transitoria di affiancamento tra i pediatri giovani ed anziani con più di mille bambini in modo da dividersi il lavoro, con i giovani più impegnati verso l’acuto e gli altri più impegnati verso la prevenzione.
Inoltre il recupero di forze nuove è necessario anche per permetterci di coprire turni più lunghi (h 12,h 15, festivi e prefestivi) da molti richiestoci.

In conclusione sia a livello nazionale che regionale dobbiamo assumere una funzione propositiva cavalcando e guidando noi questi cambiamenti organizzativi finora imposti da altri. Come fare, con quali idee?
Per questo invito tutti ed in particolare il nostro segretario ed il nostro direttore a un dibattito sull’argomento che potrebbe svolgersi sulle pagine di questo Giornale.

Il Nuovo organigramma della FIMP CAMPANIA

Mercoledì 17 dicembre u.s. si è tenuto a Napoli il Consiglio Regionale della FIMP Campania, con all'ordine del giorno l'elezione del Segretario Regionale.
Dopo due mandati consecutivi, Antonio Limongelli ha lasciato il proprio incarico, svolto con capacità e dedizione, ed a lui vanno i ringraziamenti dei pediatri di famiglia della Campania.
Il nuovo Segretario Regionale, eletto all'unanimità, è il collega napoletano Fulvio Turrà, nostro vicesegretario provinciale.
A lui gli auguri di tutti noi insieme all'augurio di una lavoro proficuo per la classe pediatrica campana.

Segretario Regionale:	Fulvio Turrà (NA)
ViceSegretario Regionale :	Luigi Morcaldi (SA)
Tesoriere :	Vincenzo Caruso (BN)
Componenti Eletti :	Antonio Limongelli (AV) Emilio Iannotta (CE) Lorenzo Mariniello (CE) Antonio D'Avino (NA) Alfredo Vascone (NA) Giuseppe Ruggiero (SA)
Componenti di diritto:	Pierluigi Chianese (NA) Giuseppe Di Mauro (CE)

Dal Comitato Regionale arriva una nota chiarificatrice molto attesa

Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Il Dirigente

REGIONE CAMPANIA
Prot. 2014. 0867827 19/12/2014 12,14
Mitt. : UOD Assistenza territoriale
Dest. : DIRETTORI GENERALI DELLE AA.SS.LL. DELLA REGIONE CAMPA...
CIPE - CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI
Classifica : 20. Fascicolo : 73 del 2014

Napoli
Centro Direzionale isola C/3 - 80143 - Napoli

Ai **Direttori Generali**
delle AA.SS.LL.
della Regione CAMPANIA

e p.c.

FIMP – Federazione Italiana
Medici Pediatri

CIPE – Confederazione Italiana
Pediatri

L O R O - S E D I

Oggetto: indennità aggiuntive di PLS.

A seguito di specifici quesiti posti dagli uffici competenti di varie Aziende Sanitarie campane, circa la corresponsione di:

a. quota capitaria e indennità aggiuntive di pediatria di libera scelta per "tutti gli assistiti in carico, compresi quelli in esubero al massimale";
b. assegno "ad personam";

il Comitato ex art. 24 ha chiarito ulteriormente quanto già approvato, a tal uopo, nella seduta del 28 marzo 2013, che, sul punto, si espresse come segue:

- "si rinvia a quanto previsto dall'art. 58 dell'A.C.N. e smi della Pediatria di Libera scelta alla lettera "e" punto 4, che testualmente recita: ….tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo, sono corrisposti nel limite del massimale del PLS e delle scelte in deroga", scelte in deroga che sono normate dagli articoli 38 e 39 dello stesso A.C.N.

Lo stesso art. 58, alla lettera "A", comma 2, che disciplina il calcolo della corresponsione dell'assegno individuale non riassorbibile (ad personam) indica che …. "l'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare…"

Pertanto, alla luce di quanto precisato, onde evitare difformità interpretative, si conferma che la quota capitaria, le indennità aggiuntive e gli assegni "ad personam" di cui all'accordo integrativo vigente per la pediatria di libera scelta, **sono corrisposte sul numero complessivo degli assistiti attribuiti al singolo pediatra, senza distinzione tra quelli concessi in deroga o non**.

Dott. Aurelio BOUCHE'

L'Alitosi

Maria Giuliano
Pediatra di Famiglia ASL NA 3 Sud
(Relazione al Convegno I Pinguini – Firenze 14-15 Novembre 2014)

Introduzione

Viene definita **alitosi** o **bromopnea**, un odore sgradevole dell'alito. Colpisce circa il 25 % di tutta la popolazione, ha un grande impatto sociale ed economico perché nella maggior parte dei pazienti che soffrono di alitosi si crea imbarazzo e questo influisce sugli aspetti della vita sociale e sulla comunicazione.

Eziologia

L'alitosi, nella maggior parte dei casi, è causata, dalla degradazione microbiologica di micro residui alimentari che avviene nella cavità orale; infatti alcuni ceppi di batteri anaerobi in determinate condizioni proliferano ad una velocità anomala decomponendo rapidamente le sostanze proteiche presenti nei residui di cibo, muco e saliva, sprigionando i cosiddetti composti volatili solforati (CSV), responsabili del cattivo odore. I più importanti CSV coinvolti nell'alitosi sono l'idrogeno solforato (H_2S), il metil-mercaptano (CH_3SH) e dimetil-solfato $(CH_3)_2S$.
Le principali cause di alitosi sono rappresentate da condizioni *intra-orali* che incidono per circa l'85%, dovute essenzialmente:

- all'assunzione di sostanze come il tabacco; alimenti come l'alcool, per disidratazione della bocca, aglio, cipolla; un'altra serie di alimenti possono peggiorare l'alitosi come latticini (latte, fomaggio, yogurt, gelato, …), zucchero (perchè in grado di fungere da stimolo alla proliferazione batterica), caffè (a causa del suo pH acido).
- alla presenza di una scarsa igiene orale che in generale viene accentuata negli anziani e nei giovani affetti da grave disabilità perchè impossibilitati ad attuarla
- a stomatiti (aftosiche, erpetiche etc)
- secchezza delle fauci dovuta o alla scarsa assunzione di liquidi o a condizioni mediche come l'allergia e la febbre che determinano disidratazione, da dieta proteica elevata o scarsa di fibre etc;
- apposizione di apparecchi dentali ortodontici, inclusi bite e dentiere
- nei fumatori perché più inclini a contrarre malattie gengivali
- affezioni di denti e gengive (carie, incluso, ascessi, periodontiti)
- presenza di patina linguale

Altre cause che determinano alitosi sono quelle *otorinolaringoiatriche* che incidono per circa il 10% e sono dovute a rinosinusite, faringo-tonsilliti, post nasal drip e quelle gastrointestinali insieme ai disordini endocrinologici (5%), le altre cause *sistemiche* sono dovute a infezioni polmonari (bronchiti), diabete incontrollato e malattie renali.
L'alitosi può rappresentare la spia di qualche sottostante malattia, ha sovente bisogno di un approccio multidisciplinare costituito da dentisti periodontologisti, pediatri di famiglia/medici di medicina generale, otorino e internisti aggiornati in questo campo.
Nei bambini l'alitosi è determinata da cause in parte uguali e in parte diverse da quelle degli adulti. Le cause più frequenti in età pediatrica sono rappresentate da stomatiti, rinosinusiti, faringotonsilliti, post nasal drip e dall'acetone, altre cause comuni riguardano una cattiva igiene orale e problemi intestinali.

Le mamme osservano la comparsa di alito cattivo al bambino, soprattutto al risveglio. Infatti durante la notte o nei mesi caldi, in maniera del tutto fisiologica, la produzione di saliva nel cavo orale diminuisce e il pH della bocca non è più a livelli tali da impedire la proliferazione di batteri. La diminuzione di produzione della saliva determina una minor capacità di detergere la bocca dai microorganismi. La produzione di saliva nei bambini è determinata da cause in parte uguali e in parte diverse da quelle degli adulti.

Diagnosi

La diagnosi medica dell'alitosi avviene valutando l'alito e separatamente, l'aria proveniente dal naso a 3 distanze diverse per determinare la severità del problema.
In caso di sintomatologia severa si pone la necessità di definire il problema 'misurandolo' secondo diverse metodologie:

- Utilizzo dell'alitometro, un dispositivo specifico per la valutazione dell'alitosi;
- Utilizzo della gascromatografia per rilevare le sostanze presenti;
- Utilizzo del BANA test, per individuare le specie batteriche presenti nel cavo orale.

Terapia

Dal punto di vista terapeutico è fondamentale innanzitutto rimuovere la causa che determina l'alitosi, prima di ciò però si può provare a mettere in atto una serie di strategie per cercare di tamponare il problema.
Inizialmente è opportuno intensificare e, quando possibile, migliorare l'igiene orale quotidiana. Oltre alla normale pulizia dei denti, magari con prodotti specifici, è possibile provare a:

- pulire la lingua con appositi ed economici strumenti in vendita in farmacia;
- utilizzare scovolini o filo interdentale per rimuovere depositi di cibo fra i denti.

Per rafforzare l'igiene orale è opportuno utilizzare i colluttori e i dentifrici formulati per combattere l'alitosi che contengono di norma principi attivi antibatterici, tra cui Fluoro, Zinco, Eteri aromatici e Oli essenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Halitosi: the multidisciplinary approach. Curd ML Bollen and Thomas Beikler International Journal of Oral Science (2012),4, 55-63.
2. Prevalence of halitosis in children considering oral hygiene, gender and age. A Villa[1,*], A Zollanvari[2], G Alterovitz[3,4,5], MG Cagetti[6], L Strohmenger[6] andS Abati[6,7].Article first published online: 28 MAR 2014
3. Tentative classification of halitosis and its treatment needs. Miyazaki H, Arao M, Okamura K, Kawaguchi Y, Toyofuku A, Hoshi K, et al. *Niigata Dental Journal* 1999;**32**:7–11.
4. Esame, classificazione e trattamento di alitosi; Prospettive cliniche. Ken Yaegaki, DDS, PhD, Jeffrey M. Coil, DMD, MSD, PhD, FRCD (C)

NON USIAMO LE TISANE (prima dello svezzamento)

Tisane alla camomilla, al finocchietto e altre erbe, miele, frutta e succhi vari, sono entrati nella pratica di molti noi pediatri sin dai primi giorni di vita. Il neonato piange molto, ha le colichette, dorme male e poco, sono le motivazioni, giuste o sbagliate, che ci inducono, spinti dai genitori, a questo comportamento. A fronte di una utilità quantomeno dubbia di questi preparati, vi sono almeno due importanti motivi che ne sconsigliano l'uso nei primi mesi di vita.

Il primo è l'elevata incidenza di sovrappeso ed obesità che tende a manifestarsi sempre più precocemente, circa il 10% dei lattanti e oltre il 20% dei bimbi tra 2 e 5 anni sono in questa situazione. Certamente l'assunzione di bevande caloriche cosi precoce favorisce il fenomeno. Vi sono infatti pubblicazioni recenti che dimostrano come il tipo di alimentazione dei primi mesi influenzi l'intake calorico ed il peso corporeo dell'età successive. Inoltre questo comportamento controlla lo sviluppo del gusto. E' ormai noto che il gusto si sviluppa già nella vita fetale e grande importanza hanno soprattutto i primi 4 mesi di vita. L'esposizione precoce al fruttosio e al gusto dolce, influenza le future scelte alimentari e favorisce l'obesità.
Ricordiamo inoltre che il miele potrebbe contenere le spore del botulino. Queste, nell'intestino del lattante, potrebbero germinare e determinare la malattia, mentre nel bambino più grande, solo l'assunzione della tossina causa la malattia. Per questo motivo la Food and Drug Administration ne sconsiglia l'uso nei primi 12 mesi.

Il secondo motivo è la possibilità di incontrare un neonato con intolleranza ereditaria al fruttosio. E' questa una malattia rara, 1:20.000 – 1:30.000 nati vivi, dovuta alla assenza di attività, parziale o totale di un enzima, la aldolasi B importante per il metabolismo del fruttosio. In questi casi si accumula a livello epatico fruttosio con compromissione della glicolisi e gluconeogenesi e conseguenti crisi ipoglicemiche. Tanto più precoce è l'assunzione di glucosio tanto più importanti saranno i sintomi fino a rischio della vita. Per approfondimenti consultare il bel lavoro del prof Raffaele Iorio pubblicato su Medico e Bambino, 2013, 289-294.
In conclusione ricordiamo le raccomandazioni di: AAP, WHO e ESPGHAN sull'alimentazione del lattante.

1) Latte materno esclusivo fino a 6 mesi
2) In caso di assenza, latte adattato
3) Si raccomanda l'impiego di formule senza fruttosio e saccarosio
4) Introduzione di altri cibi e bevande dopo il 4° - 6° mese
5) In particolare succhi di frutta e bevande dopo il 6° mese.

Alleghiamo un progetto di sensibilizzazione al NON USO del FRUTTOSIO.
Ringraziamo per la collaborazione il prof. Raffaele Iorio e la dott.ssa Maria Giovanna Puoti del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali della Università Federico II Napoli.

Giuseppe Aloi

E' possibile promuovere in Italia una dieta "fructose-free" prima del divezzamento?

Campagna di Sensibilizzazione per una dieta "fructose-free" prima del divezzamento in Italia.

BACKGROUND

- L'obesità infantile risulta attualmente un problema sanitario in continua espansione. Il trend in continuo aumento della prevalenza di obesità è un fenomeno di rilevanza mondiale e le cui dimensioni ci consentono di parlare di una vera "epidemia di obesità".

- E'ormai evidente che c'è un trend in aumento anche dell'obesità nella prima infanzia, infatti ad oggi circa il 10% dei lattanti e dei bambini di età inferiore ai 2 anni è in sovrappeso rispetto alla propria altezza e poco più del 20% dei bambini tra 2 e 5 anni è sovrappeso o obeso.

- Recenti evidenze suggeriscono un ruolo del fruttosio nell'aumentare il rischio di sovrappeso e/o obesità. Questo si spiega per evidenti effetti del fruttosio sul metabolismo dei lipidi. E' ampiamente dimostrato che l'aumento del contenuto di fruttosio nella dieta aumenta i livelli di trigliceridi plasmatici, attraverso diversi meccanismi, tra i quali una stimolazione della lipogenesi epatica de novo ed una riduzione della clearance delle VLDL.

- Le linee guida internazionali dell'American Academy of Pediatric e della World Health Organization sull'allattamento e sul divezzamento raccomandano l'allattamento al seno come unica fonte di nutrimento per il bambino per i primi sei mesi di vita e la prosecuzione dell'allattamento al seno durante l'intero periodo del divezzamento.

- Inoltre le linee guida raccomandano che qualora l'allattamento al seno non fosse possibile, bisogna introdurre un latte artificiale, che sia adeguato dal punto di vista nutrizionale e funzionale. Viene focalizzata l'attenzione sull'utilizzo di formule senza fruttosio e saccarosio. Dal 2005 l'ESPGHAN raccomanda che il Fruttosio e il Saccarosio non siano aggiunti nelle formule destinate all'alimentazione dei primi 4-6 mesi di vita.

- Il fruttosio è presente in molti prodotti che vengono quotidianamente utilizzati fin dai primi giorni di vita per poter calmare gli insistenti pianti e le famose "colichette" dei piccoli di casa in modo naturale. Infatti è consueto l'utilizzo di miele sul ciucciotto, di integratori alimentari a base di miele o di diversi sciroppi di frutta, di tisane alla camomilla o a base di diverse erbe come per esempio il finocchietto, tanto pubblicizzate, dei cui effetti non c'è nessuna certezza. In realtà questi prodotti dovrebbero essere sconsigliati nella primissima infanzia, perché a dispetto di un non sicuro effetto, sono una fonte sicura di zuccheri aggiunti.

- Una dieta “fructose-free” prima del divezzamento è auspicabile anche perché potrebbe prevenire gravi reazioni avverse che si possono verificare in seguito all’esposizione agli zuccheri in bambini affetti da Intolleranza ereditaria al fruttosio (IEF).

- L'intolleranza ereditaria al fruttosio è un raro disordine genetico (l’incidenza è stimata essere intorno a 1:20.000-30.000 nati vivi) autosomico recessivo, del metabolismo del fruttosio, in cui l'ingestione di tale zucchero porta ad effetti tossici su fegato, rene e intestino. E' stato dimostrato che la gravità dei sintomi correla con l’età di esposizione al fruttosio: più precoce è l'epoca di esposizione allo zucchero, più severa è la reazione. In alcuni casi il quadro clinico è così severo che può compromettere la sopravvivenza del paziente. Sono descritti casi in cui la somministrazione di fruttosio in età neonatale ha causato reazioni fatali. Se invece viene diagnosticata in tempo e quindi trattata, l’intolleranza ereditaria al fruttosio può decorrere in maniere benigna.

PROPOSTA

- La campagna prevede la sensibilizzazione verso una maggiore attenzione ad un’alimentazione a base esclusiva di latte, materno o in formula, dei bambini prima del divezzamento.

- Questa campagna di sensibilizzazione nasce dalla necessità di evitare la somministrazione di zuccheri, in particolare di fruttosio, nei primi mesi di vita nell’ottica di **prevenzione dell’obesità e delle gravi reazioni avverse in caso di lattanti affetti da Intolleranza Ereditaria al Fruttosio**.

- Questa sensibilizzazione dovrebbe iniziare dai neonatologi al momento della dimissione dal nido con specifiche raccomandazioni riguardo ad una appropriata introduzione degli zuccheri almeno dopo il 4 mese di vita.

- La campagna prevede una collaborazione tra il Dipartimento di Pediatria della Federico II di Napoli e le principali società italiane di pediatria, quali SIP, SIPPS, FIMP affinchè ci sia una maggiore aderenza alle linee guida sull’alimentazione nei primi mesi di vita e ci sia una maggiore sensibilità verso una patologia che seppur rara può mettere a rischio la vita dei piccoli lattanti che ne siano affetti se non diagnosticata in tempo.

- Il tutto sarà supportato dalla collaborazione con l’AIF, Associazione Intolleranza Fruttosio – ONLUSL’AIF che è un’associazione composta principalmente da pazienti e genitori di pazienti affetti da questa patologia genetica e che è impegnata in diversi campi di azione tra cui informazione, ricerca scientifica, sensibilizzazione delle istituzioni, delle società farmaceutiche e delle aziende alimentari.

Can newly introduced 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV13) prevent acute otitis media among infants and children?

TO THE EDITOR: Acute otitis media (AOM) represents the most common childhood infection for which antibiotics are prescribed in the United States. A recent study using 2006 Medical Expenditure Panel Survey data evidenced that approximately 8 million children, aged 0-17 years, reported visiting a physician or obtaining antibiotic prescription to traet AOM with an average expenditure of $350 per child, totaling $2.8 billion.

Streptococcus pneumoniae (pneumococcus) causes 30-60% of AOM in pediatric age, with severe signs and symptoms, great virulence, and complications.

To date, 91 distinct serotypes of *S. pneumoniae* have been identified, according to the serological property of their capsular polysaccharide, but only a few are responsible for the most cases of AOM among infants and children. In a review by Rodgers *et al* [1], serotypes 3, 6A, 6B, 9V, 14, 19A, 19F, and 23F were described as the most common serotypes in pneumococcal AOM among infants and children all over the world.

Although the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) has been primarily designed for the prevention of invasive pneumococcal disease, it has also been demonstrated to prevent pneumococcal AOM and its associated complications such as mastoiditis. In a randomized, clinical trial conducted in Finland by Eskola *et al* [2] in which the bacterial etiology of AOM was determined by myringotomy, PCV7 reduced the number of episodes of AOM from any cause by 6%, culture-confirmed pneumococcal episodes by 34%, and the number of episodes due to the serotypes contained in the vaccine by 57%. Zhou *et al* [3], in a retrospective analysis to estimate the population effect of PCV7 on rates of OAM in young children in the United States, reported that in a comparison of 2004 and 1997-1999 rates of ambulatory visits and antibiotic prescriptions attributable to AOM for <2year-old children enrolled in private insurance plans decreased by 42.7% and 41.9% respectively.

However, a very short time after the introduction of PCV7 major changes have occurred in the epidemiology of AOM due to *S. pneumoniae*. Over the past few years several epidemiologic studies suggested an increasing incidence of AOM due to non-vaccine *S. pneumoniae* serotypes, especially regarding the serotype 19A. Currently, 19A is the most important pneumococcal serotype isolate causing otitis media and its complications, associated with multidrug resistance. In a prospective study by Pichichero *et al* [4] to identify AOM due to *S. pneumoniae* in children 6-36 months of age from 2003-2006, serotype 19A was identified using tympanocentesis in 9 of 59
children. Of these nine children, four had been unsuccessfully treated with 2 or more antibiotics, including high-dose amoxicillin or amoxicillin-clavulanate and 3 injections of ceftriaxone, and required tympanostomy tube insertion after additional unsuccessful therapies.

The new 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV13), lincensed on February 2010 by the US Food and Drug Administration, contains, in addition to the 7 serotypes (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F and 23F) of PCV7, the serotypes 1, 3, 5, 6A, 7F, and 19A.

A retrospective analysis by van der Linden *et al* [5] examined the pneumococcal serotype distribution of AOM in Germany from 1995 to 2007. In children aged <5 years, who represented 67% of all reported cases, the 7-valent and 13-valent pneumococcal conjugate vaccine covered 54.3% and 84.6% of the isolated serotypes, respectively, demonstrating that presumably PCV13 should be associated with a reduction in pneumococcal AOM in pediatric age.

However, because of newly developed pneumococcal conjugate vaccines may be approved without clinical trials on efficacy by comparing its immunogenicity with pre-existing licensed vaccines, more accurate surveillance studies of AOM microbiology in pediatric age will be required to document if the switch from PCV7 to the expanded 13-valent pneumococcal conjugate vaccine should be associated with an additional decrease in pneumococcal AOM among infants and children, and to detect the emergence of new serotypes.

D. VICEDOMINI , A. VITALE , G.R. VEGA , N. GRECO

Minerva Pediatr 2014:66:337-8

Increasing evidence on the relationship between poverty and child abuse in a climate of worldwide economic recession

TO THE EDITOR: Fifty years ago Dr. Henry Kempe published the article entitled "The battered-child syndrome" in which he identified and recognized, for the first time in the medical community, child abuse in pathological terms [1]. In the wake of this groundbreaking paper, for which Dr. Kempe received a nomination for the Nobel Prize for his contribution to the prevention and treatment of child abuse, many federal and state governments developed mechanisms that allow for state interventions aimed at protecting abused children.

In 1978 Professor Leroy Pelton wrote about what he defined "mith of classlessness", suggesting that many of the problems associated with child abuse are better understood as a consequence of the conditions in which many families live.

It's well known that parents who live in poverty usually do not mistreat their children; however many epidemiologic studies over the past years revealed that children living in poverty are substantially more vulnerable to some forms of mistreatment, particularly child abuse. The nature of this link isn't well known, to date. The most widely used and accepted theoretical perspective to account the ralationship between poverty and child abuse focuses on stress factors, with a possible explanation that unemployment alters family dynamics with a resultant negative impact on child care. Due to the recent worldwide recession, the most devastating global economic crisis since the Great Depression of 1929, economy dramatically dropped down and many people lost their jobs thus developing a great deal of anxiety, stress, and depression because of being unemployed. Scientific evidence supports a positive association between unemployment and physical and mental health in adults, suggesting a strong correlation between job loss and many adverse health outcomes [2]. However, to date, only a few studies evaluating the relationship between financial problems in adults and increasing risk of child abuse have been reported in the literature. Data collected by the United States Department of Health and Human Services for the 2010 National Incidence Study on Child Abuse and Neglect (NIS-4) indicated that among low socioeconomic status households, rates of reported child abuse were five times higher than for all other children and that the higher rate of abuse in black than in white children arises non because of their race, but because of their lower socioeconomic status.

The most recent data gathered during the 2010 census indicated that between 2008 and 2009 the number of children living below federal poverty standards in the United States increased from 18 percent to almost 21 percent, representing approximately 1.5 million children.

A recent study by Berger *et al* [3] focused on evaluating the relationship between economic recession and rate of child abuse, revealed a significantly increase in the rate of abusive head trauma among infants since the beginning of the recession in the United States. The start and the end of economic recession was defined, according to the National Bureau of Economic Research, as December 1, 2007 through June 30, 2009. During the 5½-year study period (from January 1, 2004 until June 30, 2009) the overall rate of shaken baby syndrome, the most leading cause of death from child abuse and the most common cause of severe traumatic brain injury in infants [4], and others forms of brain-injuring abuse jumped dramatically from 8,9 cases per 100,000 per year during prerecession period to 14,7 per 100,000 per year during recession, representing a 65% increase. Another study conducted between December 2001 and June 2010 by Huang *et al* [5] revealed, in the context of an overall reduction in all infants trauma, a 101.4% increase in the incidence of nonaccidental head trauma from the non recession period (from December 2001 to November 2007) to the recession period (from December 2007 to June 2010).

In conclusion, while volumes of grim economic data may be readily available, we know comparatively little about the social impact of this economic crisis on the current society. The results of these epidemiologic studies suggest a possible positive association between economic recession and child abuse; however, more accurate multicentric surveillance studies will be required in the next years, especially in the euro-zone countries and across different socioeconomic groups, to well understand the triggers for child abuse during times of economic hardship, and to undertake social interventations preventing parents from inflicting trauma on infants.

D. VICEDOMINI , A. VITALE , G.R. VEGA , N. GRECO , G. MESSI

Shaken baby syndrome: aspetti patogenetici, clinici e preventivi

A. VITALE[1], D. VICEDOMINI[2], G.R. VEGA[1], N. GRECO[1], G. MESSI[3]

[1] Unità Operativa di Pediatria e Pronto Soccorso Pediatrico A.O.R.N. "San Giuseppe Moscati", Avellino
[2] Pediatra di Famiglia A.S.L. Napoli 1 Centro
[3] IRCCS "Burlo Garofalo", Trieste, Presidente SIMEUP

Il recente aggravarsi della crisi economica internazionale e la conseguente emergenza sociale derivante dall'aumento della precarietà costituiscono fattori in grado di influire negativamente sulla stabilità familiare e di favorire l'assunzione di comportamenti impulsivi, talvolta violenti, a danno dei soggetti più deboli ed in particolare dei bambini [1 2].

L'associazione tra recessione economica ed abuso sul bambino è ben dimostrata da un recente studio epidemiologico condotto negli Stati Uniti da Berger *et al* [3] presso il Children's Hospital di Pittsburgh. Analizzando i 422 casi di trauma cranico da abuso diagnosticati tra l'1/1/04 ed il 30/6/09 in soggetti di età inferiore a cinque anni, gli autori hanno evidenziato un preoccupante incremento del fenomeno durante il periodo di osservazione legato alla recessione economica (dall'1/12/07 al 30/6/09) rispetto a quello antecedente la crisi (dall'1/1/04 al 30/11/07), con un'incidenza annua che è passata da 8,9 a 14,7 casi/100.000. In Italia non sono disponibili analoghi studi epidemiologici, tuttavia anche nel nostro Paese lo stress, l'ansia e le forti preoccupazioni degli adulti contribuiscono al verificarsi di gravi episodi di abuso sui bambini.

I traumatismi cranici rappresentano ancora oggi nei Paesi industrializzati la principale causa di mortalità in età pediatrica. E' stato infatti stimato che, al di sotto dei due anni di età, la percentuale di mortalità conseguente a danno cerebrale imputabile ad evento traumatico può raggiungere l'80% dei casi [4].

Una delle cause più frequenti di lesioni cerebrali provocate è la *Shaken Baby Syndrome* (SBS), che rappresenta la prima causa di morte da trauma tra i 6 ed i 12 mesi di vita. Essa si caratterizza per una varietà di sintomi e segni clinici conseguenti al violento scuotimento della testa, inflitto solitamente a bambini di età inferiore ad un anno, in grado di determinare un'accelerazione angolare dell'encefalo che ruota su sé stesso rimbalzando contro la volta cranica [5]. I tassi di mortalità variano, nelle diverse casistiche riportate in letteratura, tra il 15 ed il 38% ed il 30-50% dei sopravvissuti presenta sequele neurologiche a lungo termine, rappresentate da disturbi cognitivi e comportamentali [6], deficit motori e visivi, disturbi dell'apprendimento ed epilessia [7-10]. Dai dati presentati nel corso della First International Conference on Shaken Baby Syndrome svoltasi nel Novembre 1996 a Salt Lake City (Stati Uniti) emerge che l'abuso si verifica prevalentemente tra le mura domestiche in lattanti dell'età media di 5 mesi, con un rapporto M/F di 3 a 2, è perpetrato da maschi nel 75% dei casi, dai genitori naturali nel 50% dei casi e dal convivente della madre e dalla babysitter, entrambi nel 17% dei casi.

Il trauma da scuotimento come espressione di una grave patologia del lattante fu descritto per la prima volta nel 1971 da Guthkelch [11], che utilizzò il termine inglese *whiplash*, vale a dire frustata, per descrivere il meccanismo patogenetico delle lesioni osservate. Il termine *shaken baby syndrome* fu introdotto per la prima volta nel 1972 ad opera del radiologo pediatra statunitense John Caffey [12], il quale già in precedenza aveva descritto lesioni scheletriche in età pediatrica caratterizzate da estesi quadri di reazioni periostali e calli ossei metafisari, spesso associati ad emorragie meningee [13 14]. A quell'epoca, tuttavia, Caffey non riuscì a formulare alcuna ipotesi patogenetica in merito alle lesioni descritte e soltanto successivamente ne fu riconosciuta e confermata la natura traumatica e, soprattutto, non accidentale [15].

Meccanismo patogenetico

Il meccanismo patogenetico responsabile dei danni cerebrali ed oculari riscontrabili nella SBS è riconducibile allo scuotimento (*shaking*) del bambino.

L'ipossia di origine post-traumatica rappresenterebbe, in base ai dati attualmente disponibili in letteratura [16-21], il primum movens del danno assonale mediante un meccanismo in grado di determinare edema cerebrale ed aumento della pressione intracranica, con conseguente ipoperfusione cerebrale e danno ischemico.

Alcune caratteristiche anatomiche peculiari del neonato e del lattante, quali il notevole volume e peso della testa in rapporto al resto del corpo, l'ipotonia della muscolatura paravertebrale del rachide cervicale, l'elevato contenuto acquoso del sistema nervoso centrale ancora immaturo, l'incompleta mielinizzazione delle fibre nervose e l'elevato volume degli spazi subaracnoidei in relazione all'ancora modesto volume cerebrale, favoriscono il determinarsi dei danni biomeccanici caratteristici della sindrome. Fino ad oggi non è stato possibile quantificare con esattezza la forza e la durata temporale dello scuotimento necessarie a determinare il verificarsi delle lesioni [22], tuttavia, dalle informazioni raccolte in sede di confessione da parte degli autori del maltrattamento, si evince che lo scuotimento non è necessariamente prolungato e che, viceversa, può essere di durata piuttosto breve [23]. Solitamente il piccolo viene afferrato a livello del torace e delle braccia e scosso energicamente circa 3-4 volte al secondo e per un lasso di tempo oscillante tra 4 e 20 secondi [24].

Questo meccanismo è stato inizialmente molto dibattuto, soprattutto in merito alla necessità o meno di un impatto della testa contro un oggetto od una superficie, per cui fu introdotto il termine di *shaken impact syndrome* per indicare quella variante della SBS nella quale la testa del bambino, durante la manovra di scuotimento, urtasse violentemente contro un oggetto od una superficie rigida. Fino ad alcuni anni fa si riteneva che le lesioni non potessero che derivare dallo scuotimento ed impatto contro un corpo solido, oggi è invece ampiamente riconosciuto che esse possono verificarsi anche in assenza di traumatismi esterni, come dimostra lo studio retrospettivo condotto da Starling *et al* [25] sulle confessioni rese dagli autori dell'abuso, dal quale risulta che nel 54% dei casi il solo scuotimento rappresenta di per sé elemento sufficiente a determinare il quadro clinico della sindrome.

Aspetti clinici

Caratteristiche peculiari della SBS sono il danno cerebrale e le emorragie intracraniche ed intraoculari, cui si possono associare fratture ossee e/o altri segni di abuso fisico. Il bambino viene solitamente condotto in ospedale per la comparsa di un improvviso distress respiratorio in assenza di patologia delle vie respiratorie, ma può presentarsi in stato convulsivo oppure in coma. La diagnosi è spesso difficile, in quanto i genitori o chi si prende cura del bambino non riferiscono la verità sull'accaduto e poichè spesso non vi sono segni esterni di trauma, tuttavia l'abuso va sempre sospettato allorchè le informazioni fornite sulla dinamica dell'incidente risultino vaghe e contraddittorie [26]. Poiché questi bambini sono spesso soggetti a ripetuti abusi, è necessario un accurato esame clinico alla ricerca di eventuali lesioni pregresse, contusioni, cicatrici ed ecchimosi che possano far ipotizzare un abuso [27].

La diagnosi differenziale deve prendere in considerazione altre patologie quali piastrinopenie e leucemie (che possono provocare la comparsa di ecchimosi), rachitismo od osteogenesi imperfetta [28] (che possono essere responsabili di fratture insolite od inspiegabili), la

sindrome di Terson [29] (caratterizzata da emorragie retiniche conseguenti ad aneurismi cerebrali multipli) e la sindrome di Menkes [30] (grave malattia neurodegenerativa su base genetica conseguente ad un'alterazione del metabolismo del rame).

La SBS rappresenta la causa più frequente di emorragia subdurale al di sotto del primo anno di vita [31] [32]. Le brusche forze di accelerazione/decelerazione angolare impresse dallo scuotimento possono determinare lo stiramento, fino alla rottura, delle sottili vene cerebrali superiori (dette anche vene a ponte o vene emissarie) che originano dalla superficie dell'encefalo e penetrano nell'aracnoide attraverso lo spazio subdurale per poi entrare nel seno sagittale superiore. Nell'atto dello scuotimento queste strutture vascolari risultano relativamente più fisse dalla parte della dura madre, che aderisce al tavolato cranico interno per cui, durante il movimento di rotazione del cervello, avviene il loro stiramento e la rottura [33].
Il modesto volume di sangue rilevabile a livello dello spazio subdurale (solitamente 2-15 ml) non è sufficiente ad esercitare un effetto massa, ma è caratteristico del meccanismo lesivo [34]. Alcuni lavori [35] [36] sostengono che la localizzazione interemisferica dell'emorragia subdurale sia particolarmente evocativa di un meccanismo di scuotimento. Case *et al* [37] hanno riscontrato la presenza di emorragie subdurali più spesso bilateralmente e più frequentemente localizzate sulla superficie delle convessità cerebrali, soprattutto a livello posteriore e nel solco interemisferico.

Le emorragie retiniche, presenti in una consistente percentuale dei casi [38-40], rappresentano un'altra lesione caratteristica della SBS. Esse sono prevalentemente multiple e tendono ad essere distribuite su tutta la superficie retinica, dalla macula fino all'ora serrata, possono interessare uno o più strati della retina e nella maggioranza dei casi sono bilaterali, sebbene non sia infrequente osservarle monolateralmente [41-43]. Le emorragie preretiniche, che interessano lo strato più superficiale della retina, sono le più tipiche e possono mostrare all'esame oftalmoscopico un aspetto a fiamma quando sono più superficiali, oppure a palla se più profonde. Altre lesioni oculari meno frequenti sono rappresentate da: emorragie del corpo vitreo, pieghe retiniche, lacerazioni periferiche della retina, cisti emorragiche retiniche e distacchi di retina [44].

Le fratture ossee sono riconducibili a meccanismi di trazione, torsione e scuotimento, risultanti in forze di rapida accelerazione/decelerazione delle estremità, di solito applicate in punti lontani dal sito di frattura. Fratture craniche si possono riscontrare in lattanti anche in conseguenza di eventi traumatici relativamente lievi, tuttavia si tratta di fratture lineari, non diastasate, classicamente confinate in un'unica struttura ossea e prive di significative lesioni a livello endocranico. Viceversa, la presenza di fratture multiple, bilaterali, complesse, depresse, che attraversano una linea di sutura o diastasate costituiscono un indice di elevata probabilità di trauma di natura non accidentale [45]. Le fratture metafisarie, descritte per la prima volta nel 1957 da Caffey [46], sono di frequente riscontro e possono essere considerate come gli indicatori più specifici di trauma non accidentale [47]. Esse sono generalmente localizzate in prossimità delle cartilagini di accrescimento, mentre quelle di natura accidentale sono solitamente situate a livello della zona di confine tra diafisi e metafisi [48]. Anche le fratture costali sono ritenute suggestive di abuso fisico e di SBS, soprattutto se bilaterali, multiple e localizzate nella porzione posteriore dell'arco costale, poiché quelle di natura traumatica sono molto infrequenti nei bambini piccoli. A determinare questo tipo di frattura è la compressione antero-posteriore indotta ponendo il pollice anteriormente alla cassa toracica, in contrapposizione alle altre dita sul dorso, ed il palmo della mano sulla parte laterale del torace, con movimenti di scuotimento violento in senso antero-posteriore. In tale dinamica, la componente della forza dotata di direzione antero-posteriore, determina l'urto della superficie posteriore della costa contro il margine anteriore del processo trasverso della vertebra che, agendo come il fulcro di una leva, causa la frattura costale [49]. La compressione antero-posteriore può anche essere responsabile di fratture costali in sede laterale a legno verde ed in sede anteriore a livello della giunzione costo-condrale.

Prevenzione

Alcuni anni fa ha avuto grande risonanza sui media di tutto il mondo l'assoluzione della ragazza alla pari inglese che negli Stati Uniti era stata processata per la morte del bimbo, figlio di un avvocato, che ella doveva accudire. Questa assoluzione, tuttora oggetto di discussione negli ambienti giuridici e medici, è stata resa possibile sia a causa di evidenti carenze procedurali sia del fatto che, anche in ambienti specialistici, la *shaken baby syndrome* è ancora poco nota, benché ormai da decenni ne siano conosciuta l'esistenza e la pericolosità.

Poiché scuotere una persona come espressione di rabbia ed aggressività è un impulso che trova, nella pratica, facile realizzazione, per prevenire la SBS è innanzitutto fondamentale che i genitori, e più in generale tutti coloro che si prendono cura dei bimbi, siano consapevoli dei danni che possono insorgere se un bambino viene scosso violentemente [50-54]. Una corretta informazione può contribuire, in tal senso, a ridurre l'incidenza della sindrome, come è stato dimostrato dai risultati di un recente programma di prevenzione svolto nei reparti di maternità di otto contee dello Stato di New York [55]. Prima della dimissione dei neonati dall'ospedale, ai genitori sono state fornite informazioni sui pericoli derivanti dallo scuotimento violento del bambino e sono state loro indicate strategie alternative da adottare in risposta ad un pianto insistente di quest'ultimo. Entrambi i genitori firmavano poi una dichiarazione d'impegno che suggellava l'acquisizione e la comprensione delle informazioni ricevute. Nei cinque anni in cui è stato svolto il programma si è rilevata, rispetto ai sei anni precedenti, una drastica riduzione dell'incidenza di traumi cerebrali non accidentali, pari al 47% (da 41,5 a 22,2 casi/100.000/anno).
Analogamente, la morte per SBS del figlio di sette mesi dell'alpinista Erhard Loretan, avvenuta alcuni anni fa in Svizzera, ha enormemente sensibilizzato l'opinione pubblica locale sulla gravità del tema [56]. Il prospetto informativo intitolato "*Aiuto! Il mio bebè non smette di piangere*", distribuito dalla Fondazione Bambini e Violenza presso Silvia Krebs nelle tre lingue nazionali, offre, in tal senso, ai giovani genitori la possibilità di gestire al meglio il pianto del proprio figlio e di sensibilizzarli sui gravi rischi che quest'ultimo corre se viene scosso violentemente. Nel 1999, sotto l'impulso del dr. Ulrich Lips, responsabile del Dipartimento Protezione dell'Infanzia presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Zurigo, la fondazione aveva realizzato, grazie all'aiuto dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni Sociali (UFAS) e della Federazione Svizzera per la Promozione della Salute (FSPS), uno spot televisivo, tuttavia esso fu diffuso soltanto su qualche rete regionale per mancanza di fondi.

La prevenzione sul versante emotivo e comportamentale si rivolge soprattutto ai genitori, allo scopo di insegnare loro strategie comportamentali da adottare in situazioni di stress [57]. Si possono adottare strategie per prevenire il pianto, come le cosiddette "cure prossimali" che, assicurando al bambino un contatto fisico costante, ne favoriscono una minore predisposizione al pianto. Per cercare di far cessare un pianto già in atto si può allattare il bimbo, tenerlo in braccio o cullarlo, cantargli la ninna nanna, fargli un bagnetto caldo, uscire a fare una passeggiata od un giro in macchina. Tuttavia, se nulla riesce a farlo smettere di piangere ed il genitore si sente frustrato, è preferibile stendere il piccolo in posizione supina nella culla e lasciare la camera per una breve pausa; eventualmente si può chiedere ad un parente o ad un'altra persona di fiducia di accudire temporaneamente il bimbo e ritornargli vicino soltanto quando si è di nuovo calmi, evitando in tal modo di assumere comportamenti aggressivi in preda alla rabbia ed alla frustrazione.

Riassunto

Col termine di Shaken Baby Syndrome (SBS) si indica una grave forma di abuso sul bambino che rappresenta un'importante causa di mortalità e disabilità in età pediatrica. La sindrome generalmente si osserva in bambini di età inferiore ad 1 anno quando un genitore o chi si prende cura del piccolo prova a farlo smettere di piangere scuotendolo energicamente. Le ripetute oscillazioni con accelerazione rotazionale della testa sono responsabili di danni a carico delle strutture vascolari e nervose. Le lesioni più frequentemente associate alla SBS sono rappresentate da danno cerebrale, emorragie retiniche ed emorragia subdurale. Fratture a carico di vertebre, ossa lunghe e costole possono essere associate alla sindrome. Le vittime dell'abuso possono presentare diversi segni e sintomi che comprendono irritabilità, diminuita risposta agli stimoli e stato letargico, fino a stato convulsivo e morte. La diagnosi è spesso difficile, in quanto i genitori o chi si prende cura del bambino non riferiscono la verità sull'accaduto e poichè spesso non vi sono segni esterni di trauma. Tuttavia, la sindrome andrebbe sempre sospettata allorchè le informazioni fornite siano vaghe e contraddittorie ed il bambino presenti emorragie retiniche, ematoma subdurale o fratture ossee che non siano riconducibili a trauma accidentale od altre patologie. Tra il 15 ed il 38% dei bambini vittima di SBS muore a seguito delle lesioni riportate ed il 30% è a rischio di sequele neurologiche a lungo termine, quali disturbi cognitivi e comportamentali, deficit motori e visivi, disturbi dell'apprendimento ed epilessia. I genitori e tutti coloro che si prendono cura dei bimbi devono essere informati sul pericolo derivante dallo scuotimento del bambino.

To whom correspondence should be addressed:
Dott. Danilo Vicedomini, via Carlo De Marco 9/B, 80137 – Napoli
Tel. 081/780.14.39
e-mail: danilovicedomini@libero.it

La striscia di Giulia

Il Bollettino FIMP Napoli è un mezzo di divulgazione interna.

Se non vuoi più essere raggiunto da questo Bollettino, invia una mail a redazione@fimpnapoli.it

Tutti i numeri arretrati del Bollettino e delle News sono disponibili sul sito www.fimpnapoli.it