

## Ricerca



### LE URGENZE NON URGENTI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE: OVVERO L'ACUTO BANALE È DAVVERO BANALE?

G. Gregori<sup>1</sup>, R. Sacchetti<sup>1</sup>, P. Armani<sup>1</sup>, P. Balduzzi<sup>1</sup>, R. Boccellari<sup>1</sup>, D. Chitti<sup>1</sup>,  
 M. P. Libè<sup>1</sup>, L. Suzzani<sup>1</sup>, F. Touchi<sup>1</sup>, L. Zanolli<sup>1</sup>, A. Improta<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatr di famiglia, AUSL Piacenza  
<sup>2</sup>Pediatra di famiglia, AUSL 1 Napoli  
 Indirizzo per corrispondenza: g.greg@agonet.it

#### FALSE EMERGENCIES IN PAEDIATRIC PRACTICE

**Key words** False health emergencies, Psychosocial problems

**Summary** In order to understand the burden of false health emergencies, ten paediatricians monitored their own patients (overall 9000 children living in Piacenza, aged 0-14 yrs) for six consecutive days, pointing out all false emergencies occurring between 15/10/2003 and 15/11/2003. All Paediatricians were able to recognize false emergencies. However they often employed drugs without proved effectiveness relating to this problem. Neither antibiotics nor exams were prescribed. False health emergencies occurred more often in psychosocial needy families. The results of this survey suggest that paediatricians need more theoretical and practical knowledge about psychosocial problems and that the network of welfare institutions needs improvement in order to support health paediatric services.

**Introduzione** - Uno dei problemi del lavoro routinario del pediatra di famiglia, occasione di conflittualità oltre che di insoddisfazione reciproca tra medico e assistito, è rappresentato dalla richiesta di consulenza o di visita, presentate come urgenti da parte della famiglia, ma che, in ultima analisi, non risultano contenere elementi che giustifichino apprensione né tanto meno indifferibilità, e semmai appaiono di una inutilità totale. Queste cosiddette "acuzie banali" (AB) ci sono sembrate meritevoli di uno studio di approfondimento, riguardante il carico di lavoro che comportano e le motivazioni che nascondono.

**Materiali e metodi** - Dieci dei 13 PdF operanti nel comune di Piacenza (circa 100.000 abitanti) hanno condotto un'indagine sul problema "acuto banale" mediante rilevamento di dati anamnestici, clinici e relazionali tramite 2 schede di rilevazione: la prima aveva lo scopo di raccogliere i dati relativi all'attività dei pediatri; la seconda, da compilare per ciascun caso etichettato come AB, ha raccolto informazioni relative: a) al problema (sintomo o segno o situazione) segnalato come acuto; b) alle modalità con le quali il pediatra ha affrontato l'AB sia in occasione del primo contatto che delle valutazioni successive; c) al contesto socio-familiare di riferimento.

Si è considerato AB ogni sintomo o segno o situazione per cui è stato richiesto un intervento in urgenza, ma che: a) non rivestiva alcun carattere d'urgenza; b) avrebbe potuto richiedere semplicemente un'osservazione nel tempo, per almeno 12-24 ore; c) avrebbe potuto essere trattato direttamente dalla famiglia; d) riguardava condizioni non attinenti alla professione medica.

Criterio di esclusione era qualunque sintomo o segno documentato dal pediatra che fosse in grado di modificare la qualità di vita del

paciente o che rappresentasse effettivamente un possibile segno di malattia.

L'indagine è stata condotta per 6 giorni lavorativi consecutivi tra il 15 ottobre e il 15 novembre del 2003. La metà dei PdF lavorava in associazione e utilizzava la segreteria telefonica. Tutti i PdF visitavano per appuntamento e 6/10 anche con sistema misto. Tutti erano dotati di materiale per il self-help nel proprio ambulatorio. La popolazione di bambini seguita complessivamente dai 10 PdF è di circa 9000 bambini (circa il 75% della popolazione pediatrica del territorio di riferimento).

**Risultati** - Le richieste per AB sono state 107 (in Tabella sono indicati i motivi per i quali era stata richiesta la consulenza/visita urgente).

Le richieste evase immediatamente sono state 42/107, tra cui 12/46 chiamate telefoniche e 30/61 di quelle con diretto ricorso all'ambulatorio. In tutto 107 visite ambulatoriali, 61 contatti telefonici, 3 visite domiciliari e 48 controlli a distanza. La diagnosi iniziale si è successivamente modificata solo in un caso (da inappetenza in neutropenia, peraltro autorisoltasi successivamente), in tutto 2,3 ore/settimana per ogni pediatra (120 ore di lavoro/medico/anno). Il carico di prescrizione farmacologica che ne deriva (solo il 12% in fascia A) ammonta a circa 200 pezzi/anno, in genere poco sostenibile sulla base di criteri ispirati a prove di efficacia (aerosol, mucolitici, decongestionanti nasali, polivitaminici). In 57 su 107 casi è stato individuato almeno un fattore di rischio socio-familiare (più comunemente una delle seguenti condizioni: primogenito di età >3 anni; eventi stressanti familiari negli ultimi 12 mesi; genitori entrambi lavoratori; famiglia multiparentale).

#### Motivo della richiesta

Ha sempre la tosse	24
Ha sempre il raffreddore/naso chiuso	17
Mangia poco/non mangia	9
Ha il mal di pancia	9
È agitato/nervoso/iperattivo	5
Non dorme/si sveglia spesso	5
Ha sempre la febbre	5
Soffre di stipsi	5
Cresce poco	4
Ha la gola rossa	4
Ha vomito/nausea	3
Ha una "ghiardola"	3
Macchie sulla pelle	3
Mal di testa	2
Occhi rossi	2
Senza voce	1
Feci verdi	1
Epistassi	1
Cammina male	1
Dolore alla spalla	1
Perdita incisivi superiori (non traumatica)	1
Non vuole andare a scuola	1

**Tabella.** Motivi per i quali è stata posta la richiesta di consulenza urgente.

**Discussione** - L'incidenza di AB costituisce un carico di lavoro "inutile" e frustrante.

Ma, nella metà dei casi, dietro una richiesta di intervento "indifferibile" per cause clinicamente irrilevanti, c'è una situazione di rischio socio-familiare. In 1/5 circa dei casi si tratta di situazioni di carattere psichiatrico o almeno psicologico rilevanti, presenti in famiglia. È abbastanza ovvio aggiungere che l'AB è spia di una mancata o scorretta educazione alla salute. Ora, l'educazione alla salute è oggettivamente un compito del medico curante, previsto dal contratto nazionale; ma in questo compito il medico di famiglia non può essere lasciato solo.

Appare sempre più evidente il ruolo sociale a cui il PdF è chiamato, ma alcuni di noi non si sentono disposti a svolgere questo ruolo, mentre altri, pur convinti di questa necessità e disposti a svolgere un ruolo di sostegno, finiscono per muoversi solo guidati da un elementare buon senso, si sentono inadeguati ai problemi che vengono loro proposti, e percepiscono il bisogno di una rete socio-assistenziale più potenziata e adeguatamente preparata di sostegno.

Resta aperta la questione di come poter aggiungere alla preparazione del PdF le competenze psico-sociali necessarie a questo nuovo ruolo, dovuto al cambio della società e della epidemiologia.

## Casi contributivi

EDIZIONE ELETTRONICA  
**M&B**  
<http://www.medicoebambino.com>



### UN CASO DI SINDROME DI ALAGILLE

A. Borrelli, MT. Carbone, A. Correrà  
Divisione di Pediatria, Ospedale S.S. Annunziata, ASL NA 1  
Indirizzo per corrispondenza: borrelliaurelia@libero.it

#### ALAGILLE SYNDROME: A CASE REPORT

**Key words** *Alagille syndrome, Prolonged jaundice, Characteristic facies, Case report*

**Summary** *Alagille syndrome consists of 5 major features comprising paucity of interlobular bile ducts, characteristic facies, posterior embryotoxon, vertebral defects and peripheral lung stenosis. The authors described the case of a girl who presented, at first clinical examination, prolonged jaundice and characteristic facies including broad forehead, deep-set eyes, prominent nose, and pointed chin. The liver biopsy performed at three months of age showed the characteristic paucity of interlobular bile ducts. She was treated with ursodeoxycholic acid. This report also provides a literature review of Alagille syndrome.*

**Il caso** - Giunge alla nostra osservazione una lattantina di 3 mesi, nata alla 40° settimana, terzogenita da una coppia sana e non consanguinea. A due giorni di vita era stata già ricoverata per sospetta sepsi, e già allora presentava un aumento delle transaminasi e della bilirubina diretta.

La piccola presenta: a) basso peso e bassa statura; b) facies particolare (fronte prominente, occhi infossati, ponte nasale depresso, ipertelorismo, mento appuntito, collo corto, orecchie a impianto basso); c) ittero tendente al verdinico; d) soffio olosistolico al mesocardio; e) masse muscolari ipotrofiche.

Sono presenti un aumento della bilirubina totale e diretta, con AST 362 UI, ALT 329 UI, gamma-GT 788 UI, fosfatasi alcalina 1165 UI, colesterolo 389 mg%ml. Negativo il test del sudore e il dosaggio dell'alfa-1-antitripsina.

Radiologia del rachide ed ecografia del fegato e vie biliari nella norma. L'ecografia cardiaca evidenzia una stenosi del ramo sinistro della polmonare, una persistenza della vena cava superiore sinistra, un forame ovale aperto.

La biopsia epatica dimostra una paucità dei dotti biliari interlobulari (assenza dei dotti biliari in più del 50% degli spazi portali esaminati). Si inizia terapia con acido ursodesossicolico (20 mg/kg/die in 2 dosi).

La diagnosi di sindrome di Alagille, confermata dalla biopsia, si basa sull'associazione di ittero colestatico, ritardo di crescita, facies caratteristica, cardiopatia congenita.

**Discussione** - La sindrome di Alagille, o displasia arterio-epatica, è una malattia autosomica dominante a penetranza ed espressività variabili, spesso a presentazione sporadica. Il gene mutante è denominato JAG1. L'incidenza è di 1/40.000 nati.

I cinque segni maggiori, che caratterizzano le forme complete, sono: 1) colestasi intraepatica; 2) facies particolare con fronte prominente, ipertelorismo, ponte nasale piatto, naso dritto e sottile, mento appuntito, profilo piatto, orecchie a impianto basso, collo corto; 3) difetti cardiovascolari (usualmente stenosi polmonare periferica); 4) anomalie scheletriche, di cui la più tipica è data dalle vertebre a farfalla, per mancata saldatura dell'arco vertebrale anteriore; 5) embriotoxon posteriore (opacamento del margine della cornea), patognomonico. Altre alterazioni scheletriche (rachitismo, osteoporosi) e il ritardo della crescita possono essere secondari a un'insufficienza di assorbimento di vitamine legato alla colestasi. Nel 10% dei casi, inoltre, si associano alterazioni renali (nefropatia interstiziale), più raramente ritardo mentale, splenomegalia, sordità, voce acuta.

C'è una notevole variabilità clinica tra i pazienti affetti. La prognosi *quoad vitam* è in genere buona e solo il 10-20% dei soggetti va incontro a cirrosi. L'ittero tende ad attenuarsi e può sparire. L'uso dell'acido ursodesossicolico è parzialmente efficace. Il trapianto di fegato rappresenta il trattamento radicale.

Il nostro caso è semplicemente il contributo alla conoscenza di una malattia rara; presenta 3 dei 5 segni maggiori.



Le **pagine verdi** riportano in breve le ricerche e i casi contributivi che compaiono in formato full-text sulle **pagine elettroniche** della rivista (accesso libero al seguente sito: [www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)).

Su questo numero si torna a parlare di problemi che riguardano la pediatria ambulatoriale e quella ospedaliera di II livello. Dal trattamento della bronchiolite (seconda parte) nella rubrica "Il punto su..." alla relazione tra intolleranza alle proteine del latte e reflusso gastroesofageo (evidenze e raccomandazioni di buon senso) nella rubrica "Power Point". Il "Caso interattivo" parla di una diagnosi che sta dietro un vomito ricorrente (facile se ci si pensa), ma oggetto a volte di esami inutili e di una gestione impropria.