

## Ricerca



### L'ASSISTENZA PRESSO UN PUNTO DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO OSPEDALIERO: URGENZE SOGGETTIVE OPPURE REALI?

L. Cattaneo, A. Triarico\*, M. Marinoni, L. Nespoli

Dipartimento di Scienze Cliniche Biologiche, Scuola di Specializzazione  
 in Pediatria, Università degli Studi dell'Insubria, c/o Ospedale "F. Del Ponte",  
 Varese; \* Direzione Medica, Ospedale "F. Del Ponte", Varese

Indirizzo per corrispondenza: luigi.nespoli@ospedale.varese.it

#### PAEDIATRIC EMERGENCIES: A SURVEY

**Key words** Paediatric Emergencies, Access, Paediatric Primary  
 Care Providers

**Summary** To analyse the activity of the Paediatric Emergency Unit of the "F. Del Ponte" Hospital in Varese, Italy, an analysis of 10,755 patients in the period June 2002-June 2003 was carried out. Findings show that 55.8% of the patients were male; most children (58%) were aged 1 month to 6 years. Thirteen per cent of all patients were admitted. December, week-ends, afternoons and evenings were the periods of higher attendance. Respiratory and gastrointestinal diseases (37% and 23% respectively) were the most frequent causes for attendance. The study stresses the need for improved collaboration between hospital emergency services and Paediatric Primary Care Providers.

**Introduzione** - Le strutture deputate all'assistenza pediatrica in situazioni di emergenza-urgenza, quali i Punti di Primo Soccorso Pediatrico, rappresentano una sede di incontro tra la pediatria del territorio e quella ospedaliera. Qui, tuttavia, si accentua il fenomeno, già rilevabile per i ricoveri dei bambini in degenza ordinaria, dell'accesso su base spontanea senza indicazione da parte di un medico. L'Ospedale "Filippo Del Ponte" di Varese si avvale di 198 posti letto, di cui 163 dedicati alla degenza ordinaria e 35 a quella in regime di Day Hospital/Day Surgery. Dai primi mesi del 2001 è stato avviato il suo riorientamento in struttura specializzata nella cura delle patologie dell'età pediatrica e nell'assistenza ostetrico-ginecologica.

Per fare fronte alle emergenze-urgenze attinenti all'area pediatrica, è stato attivato, a partire dal dicembre 2001, un Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.P.). Esso ha una precisa connotazione in quanto deputato a un'assistenza sanitaria di "primo livello" (mobilitazione traumatica del paziente e mantenimento delle funzioni vitali) delle emergenze-urgenze pediatriche che vi afferiscono. Al fine di migliorarne gli aspetti organizzativi e quindi l'assistenza erogata, è stata analizzata l'attività svolta presso il P.P.I.P. dell'Ospedale "Filippo Del Ponte" di Varese in riferimento ai primi 13 mesi dalla sua istituzione.

**Materiali e metodi** - Sono stati analizzati gli accessi relativi al periodo compreso tra il 1° giugno 2002 e il 30 giugno 2003 (13 mesi), prendendo in considerazione il numero complessivo, il sesso e l'età dei pazienti, la patologia diagnosticata, la distribuzione

degli accessi per mesi, giorni della settimana e fasce orarie, l'orario di accoglimento presso il P.P.I.P. (presa in carico) e di dimissione, le modalità di accesso e l'esito.

**Risultati** - Gli accessi registrati sono stati 10.755. Il 55,8% è costituito da maschi; il 58% ha un'età compresa tra un mese e sei anni. Le principali cause d'accesso al P.P.I.P. sono quelle relative all'apparato respiratorio (4008 casi, 37%), alle patologie gastroenteriche (2438 casi, 23%), alle febbri di natura da determinare (1335 casi, 12%), alle affezioni dermatologiche (1043 casi, 10%) e ai traumi minori (430 casi, 4%). Seguono le patologie osteoarticolari (342 casi, 3%), le ferite (297 casi, 3%), le congiuntiviti (197 casi, 2%), le patologie genitourinarie (181 casi, 2%), le cefalee (150 casi, 1%), gli stati dismetabolici (133 casi, 1%), le convulsioni (116 casi, 1%), le intossicazioni (58 casi, 1%), le sepsi (7 casi, 0,06%).

Il numero di visite effettuate aumenta progressivamente dal giugno 2002 al dicembre dello stesso anno per poi assestarsi su valori medi nei mesi successivi. Il minor numero di accessi si è avuto nel giugno 2002 con 587 interventi. Mediamente si sono registrati 27 accessi per giorno. Gli accessi sono più frequenti durante i fine settimana (31 in media il sabato, 35 la domenica); la maggior parte delle prestazioni sono state effettuate nelle fasce orarie pomeridiane e serali. Dalla presa in carico alla dimissione sono trascorsi in media 76 minuti.

Soltanto il 3% dei pazienti ha usufruito del 118 o di altra ambulanza per il trasporto in ospedale. Solo il 13% dei bambini è stato ricoverato, mentre l'1% ha rifiutato il ricovero o ha preferito il trasferimento ad altro istituto; solo in pochissimi casi i genitori si sono allontanati volontariamente durante l'attesa.

**Discussione** - L'analisi dei 13 mesi di attività ha consentito di verificare che i dati da essa ottenuti si allineano con quelli riportati in letteratura. In realtà, l'elemento che in misura maggiore rende sovrapponibili le diverse esperienze dei P.P.I.P. è rappresentato dalla difficoltà di arginare il crescente e problematico aumento di accessi, che spesso sembrano dovuti a problemi non legati a una urgenza reale, ma percepita tale dai genitori.

Nella sostanza le persone vivono il P.P.I.P. come una continuazione dell'assistenza pediatrica garantita dal pediatra di libera scelta, piuttosto che un servizio per le urgenze-emergenze pediatriche. La maggior parte delle patologie trattate presso il nostro P.P.I.P. non sono rappresentate da condizioni di emergenza. Questa condizione è da ricondurre a due cause principali: a) la scarsa accessibilità all'assistenza sanitaria pediatrica a livello territoriale, dovuta principalmente alla mancanza di un servizio ambulatoriale disponibile tutti i giorni, 24 ore su 24; b) in seconda istanza, l'elevato grado di ansia parentale.

È auspicabile garantire alla popolazione pediatrica la continuità assistenziale sul territorio (durante l'arco della giornata e nei giorni festivi), tramite la pediatria di gruppo, l'Associazione o l'istituzione di un punto di ascolto telefonico, attivo 24/24 ore.

In questo contesto il pediatra di libera scelta potrebbe migliorare la collaborazione con i Pediatri del Punto di Primo Intervento (e viceversa), attraverso un reciproco scambio di informazioni.

Gli accessi impropri potrebbero essere forse ridotti da campagne educative mirate.



## COREA DI SYDENHAM

## Descrizione di un caso

B. Bologgia, E. Milanese, D. Marini, M. Molesini, S. Ganzarolli  
 Ospedale Civile Maggiore, Sezione di Pediatria, Università di Verona

## SYDENHAM'S CHOREA: A CASE DESCRIPTION

**Key words** Sydenham's chorea, Clinical presentation, Therapy

**Summary** An 11-year-old girl presented with a rapid onset of asymmetric chorea movements. Haloperidol was effective in controlling the chorea, and antibiotics were given for secondary prevention. Sydenham's chorea is a manifestation of rheumatic fever and occurs after a throat infection by group A streptococci. The disease consists of a combination of choreic movements, hypotonia and emotional instability. The clinical course can be quite diverse. Improvement usually occurs over a period of several months, although a significant proportion of patients show very slow improvement. Treatment options are discussed.

**Introduzione** - La corea di Sydenham (CS) o corea reumatica è la forma più comune di corea acquisita nell'infanzia. Colpisce soprattutto bambini con una età compresa tra i 5 e i 15 anni, con un rapporto maschi-femmine di 1:2. È caratterizzata da movimenti involontari, non stereotipati, aritmici, e può essere associata ad altre forme di disturbi neurologici come ipotonia e disordini comportamentali. Può apparire come una manifestazione isolata di malattia reumatica oppure precedere o accompagnare un attacco acuto in associazione agli altri criteri.

**Il caso clinico** - Ragazzina di 11 anni che giunge alla nostra osservazione perché dal giorno precedente presenta movimenti involontari all'arto superiore dx, difficoltà all'eloquio e alla deambulazione. La mamma riferisce un episodio di iperpiressia (40°C) e poliartralgia due mesi prima dell'esordio di questa sintomatologia; la settimana prima, inoltre, la ragazza aveva presentato annebbiamento alla vista e difficoltà nella scrittura, evento poi risolto spontaneamente.

In Pronto Soccorso pediatrico esegue TAC encefalo, risultata negativa e visita neurologica. Viene ricoverata per sospetta corea minor di Sydenham.

**Esame obiettivo.** La paziente era in buone condizioni generali. All'esame neurologico: bambina sveglia, reattiva, orientata nel tempo e nello spazio. Fasia conservata, a tratti disturbata e incomprendibile. Non apparenti deficit dei nervi cranici. Non apparenti deficit di forza ai quattro arti; sensibilità conservata. Riflessi osteotendinei: patellare dx scattante; sx non evocabile; non evocabili i restanti riflessi. Babinski negativo. Riflessi cutanei e addominali presenti. Stereognosi presente. Non slivellamento degli arti superiori a occhi aperti e chiusi; in Romberg oscilla a occhi chiusi. Riflessi cerebellari conservati. Marcia normoeseguita ad occhi aper-

ti e chiusi, sulle punte e sui talloni. Durante la visita si notano movimenti estrinseci a piccolo raggio a carico dell'arto superiore dx. Presenza di grimaces facciali e movimenti continui di aggiustamento posturale di capo e collo. Movimenti di prensione finalizzati normoeseguiti. Segno "del mungitore" e "della pronazione" positivi a dx.

**Esami ematochimici e microbiologici.** Si evidenzia un lieve aumento degli indici di flogosi. Titolo antistreptolisinico O: 1350 UI/ml, tampone faringeo positivo per SBEA.

**Ecocardiogramma e visita cardiologica.** Soffio sistolico 1/6 sul focolaio mitralico, valvola mitrale con lembi lievemente ispessiti e lieve insufficienza mitralica a verosimile eziologia reumatica. Efficienza contrattile nella norma.

**RMN encefalo.** Nulla di rilevante a carico delle strutture encefaliche. EEG negativo. Visita oculistica e valutazione del fundus oculi negativa.

**Decorso clinico e terapia.** La bimba ha eseguito terapia antibiotica con amoxicillina + acido clavulanico, alopriidolo 0.2%, prednisone per os. La terapia steroidea è stata iniziata per il trattamento dell'insufficienza mitralica da cardite reumatica. Ha iniziato trattamento profilattico con benzatin penicillina G 1.200.000 UI i.m. a due settimane dalla dimissione e che eseguirà ogni mese per i prossimi 5 anni.

Il trattamento si è rivelato efficace nel miglioramento della malattia. Dopo un mese e mezzo di terapia si è cercato di ridurre la dose di alopriidolo, ma per il ricomparire delle manifestazioni coreiche soprattutto all'arto superiore dx il dosaggio è stato di nuovo riaumentato.

**Discussione** - Al pari della malattia reumatica l'incidenza della CS sembra essere in calo, anche se vengono segnalati degli outbreak non solo nei Paesi in via di sviluppo. La patogenesi della CS è di solito collegata a una disfunzione biochimica del nucleo caudato e subtalamico in risposta all'infezione streptococcica, con un meccanismo di tipo autoimmunitario. La maggior parte dei pazienti con CS presenta anticorpi antineuronali che si sviluppano in risposta alla infezione streptococcica. Gli anticorpi antineuronali cross-reagiscono con il citoplasma dei neuroni del nucleo caudato e subtalamico. La lesione iniziale, da risposta autoimmunitaria, sembra essere di tipo vasculitico con infiltrazione cellulare della sostanza grigia e determina uno sbilanciamento del sistema dopaminergico e colinergico con iperreattività dopaminergica responsabile dei movimenti coreici.

La terapia della CS non è codificata e numerosi sono i farmaci che sono stati provati, in studi clinici non randomizzati, con una funzione prevalentemente sintomatica. In particolare l'aloiperidolo, la carbamazepina e l'acido valproico sono quelli che trovano maggiore consenso. Segnalazioni sporadiche di efficacia riguardano anche l'uso del fenobarbital, della clorpromazina, della reserpina e degli steroidi. Nell'unica esperienza clinica controllata preliminare, pubblicata su pochi pazienti con sintomatologia ossessivo-compulsiva (che spesso si accompagna alla corea) e tics, le immunoglobuline e la plasmateresi sono risultate più efficaci del placebo nel controllo della sintomatologia.

Sulle pagine elettroniche della rivista ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)) nella rubrica "Appunti di terapia" si possono trovare importanti aggiornamenti sulle nuove terapie "molecolari" per l'artrite reumatoide (e altre terapie immunologiche). Nel "Power Point" su prick e RAST Giorgio Longo anticipa, con la solita chiarezza e sintesi delle evidenze, un articolo sull'argomento di prossima pubblicazione su *Medico e Bambino*. "Il seminario degli specializzandi" sull'uso della vitamina D (a partire dai meccanismi di azione, per arrivare ai suoi usi terapeutici) è da non perdere.