

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in extenso sono pubblicati on line.

LA MIGRAZIONE SANITARIA PEDIATRICA IN CALABRIA

F. Parisi¹, R. Barone², G. Procopio², R. Miniero¹

¹Cattedra di Pediatria, Università Magna Graecia di Catanzaro

²Assessorato Sanità Regione Calabria

Indirizzo per corrispondenza: roberto.miniero@unicz.it

HEALTH MIGRATION IN THE CALABRIA REGION

Key words South-north migration, Passive mobility, Hospital discharge records, Hospital admission, Children

Summary

Background - South-north migration (passive mobility) for medical care is a social phenomenon still relevant in the Italian scenario.

Aims - The aim of the present work was to study the paediatric migration (0-16 year of age) from Calabria to other Italian regions for medical reasons.

Materials and methods - The hospital discharge records from Calabria Region Health Department on hospital admissions in and out of the Region from 2004 to 2008 was analysed. Diagnoses were codified for medical specialty using 2002 ICD-9-CM. The information acquired was compared to ACP (Associazione Culturale Pediatri) inquiry performed in 1982 and 1996.

Results - In the examined period of time the numbers of admissions in Calabria were 182,183 concerning 28,351 patients; outside the Region the total hospital admissions were 34,647 concerning 6,190 patients (19% of total admissions): 2,256 in Emilia Romagna, 1,950 in Tuscany, 8,309 in Sicily, 8,526 in Bambino Gesù Hospital, 3,039 in Lombardy, 911 in Puglia, 2,901 in Liguria, 77 in Marche, 40 in Trentino, 2,978 in Lazio, 208 in Umbria, 145 in Friuli Venezia Giulia, 616 in Piedmont, 554 in Veneto, 114 in Abruzzo, 22 in Molise, 1,057 in Campania, 923 in Basilicata, 13 in Sardinia and 8 in Valle d'Aosta. Out of these 6,190 patients, 940 were admitted only outside the Region and 5,250 were admitted in and out of the Region. Costs of 2004-2008 passive mobility were 61 millions of euros. Comparing the obtained results to the previous ACP studies (1982 and 1996) a reduction of the migration rate by 36% to 19% was observed.

Conclusions - Migration for medical care in paediatric patients has been reduced in the last few years; however, it still remains an important Calabria social problem.

Obiettivi - Valutare la migrazione sanitaria pediatrica dei residenti in Calabria analizzando le patologie per le quali i pazienti migrano verso altre Regioni, le strutture nelle quali si ricoverano, la provincia di residenza e, infine, i costi che la Regione ha dovuto affrontare in questi anni a causa della migrazione stessa.

Materiali e metodi - Abbiamo analizzato i dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Sono stati calcolati il numero di residenti 0-16 anni, il numero dei pazienti e il numero dei ricoveri totali effettuati nella nostra Regione e in altri presidi italiani negli anni 2004-2008.

I pazienti ricoverati fuori Regione sono stati a loro volta suddivisi in due gruppi: a) pazienti ricoverati sia in Regione che fuori Regione; b) pazienti ricoverati esclusivamente fuori Regione.

I dati sono stati confrontati con quelli delle ricerche dell'ACP (Associazione Culturale Pediatri) del 1982 e del 1996. Le patologie causa di ricovero sono state classificate in base all'ICD-9-CM del 2002 e raggruppate per specialità.

Risultati - Il valore medio del numero di soggetti con meno di 16 anni residenti in Calabria nei 5 anni considerati è stato di 356.865. Nel periodo esaminato il numero di ricoveri in Regione Calabria è stato di 182.183 relativi a 28.351 pazienti. Nello stesso periodo i ricoveri in presidi extraregionali sono stati 34.647, pari al 19% del totale, che hanno interessato 6190 pazienti. I 6190 pazienti ricoverati fuori Regione risultano così suddivisi: a) pazienti ricoverati sia nella nostra Regione che in presidi extraregionali (N = 5250); b) pazienti ricoverati esclusivamente fuori Regione (N = 940).

La maggior parte di questi ultimi pazienti proviene dalla provincia di Reggio Calabria (N = 412), e la destinazione prevalente è rappresentata dalla Sicilia, evidenziando soprattutto una migrazione di confine (gli ambiti di migrazione specifici sono riportati on-line).

La spesa sanitaria complessiva relativa alla mobilità passiva degli anni 2004-2008 è stata di 61,685 milioni di euro.

L'analisi dei ricoveri per patologia evidenzia un flusso migratorio prevalente per specifici ambiti specialistici: ad esempio, oculistica: 973 vs 969; endocrinologia: 2383 vs 4855; cardiologia: 963 vs 525; neurologia/neuropsichiatria: 425 vs 476 (di mobilità passiva vs ricoveri in Regione, rispettivamente).

Discussione - Dall'analisi dei dati risulta che nel periodo esaminato il 19% dei ricoveri è stato effettuato fuori Regione. Confrontando il nostro studio con quelli dell'ACP del 1982 e del 1996 si evidenzia una riduzione del fenomeno migratorio dal 36% al 19%. Si è anche osservato come la migrazione sanitaria avvenga sia verso centri specializzati, che offrono competenze non disponibili in Regione, sia verso ospedali "minori". È verosimile che quest'ultima forma di migrazione sanitaria abbia motivazioni di tipo "sociale" più che di ricerca di ospedali di eccellenza. Un fattore non secondario che condiziona la migrazione sanitaria tuttavia è rappresentato dalla percezione spesso negativa che i Calabresi hanno verso le proprie strutture sanitarie e dalla incompleta informazione su quanto sia già disponibile in Regione sia da parte dei cittadini sia da parte dei medici.

L'analisi delle cause della migrazione sanitaria da noi osservata potrà essere uno strumento valido per programmare interventi correttivi atti a ridurre il fenomeno. Sarebbe a nostro avviso necessario migliorare e ampliare l'offerta sanitaria nella Regione per determinate patologie specialistiche o per patologie complesse che necessitano di approcci multidisciplinari. Sarà quindi fondamentale progettare percorsi assistenziali per i quali sarà determinante il coinvolgimento di tutti gli Ospedali della Regione, dei servizi periferici e territoriali nonché dei pediatri di famiglia. Non da ultimo riteniamo che sarà importante una migliore informazione sulle attività presenti in Regione attivando percorsi comunicativi virtuosi.

DALLE CURVE DI CRESCITA ALLA DIAGNOSI DI SINDROME ADRENOGENITALE

D. Cimino¹, V. Giacchi²

¹Pediatra di famiglia, Ragusa

²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Catania

Indirizzo per corrispondenza: diegocim@tin.it

FROM THE GROWTH CHARTS TO THE DIAGNOSIS OF ADRENO-GENITAL SYNDROME

Key words Precocious pubarche, Accelerated growth, Growth charts, Non-classical congenital adrenal hyperplasia

Summary Non-classical congenital adrenal hyperplasia (NC CAH) is an autosomal recessive disease that appears during childhood with hyperandrogenic symptoms (premature pubarche, accelerated growth, advanced bone age, penile enlargement, and hypertrophy of clitoris). The case of a 8-year-old boy that showed abnormal statural growth at the annual health check-up is reported. Pubic hair was present but the parents had never noticed this sign before. The advanced bone age and the detection of 17OHP high levels led to the suspicion of NC CAH. The patient was sent to the Reference Centre where NC CAH was diagnosed and molecular analysis of the CYP21A2 gene was started to identify the genotype of the child and his parents. Although the diagnosis must be made by the Centre, a careful examination and a proper interpretation of growth charts are sufficient to the paediatrician to suspect this disease and measure the 17OHP serum concentration.

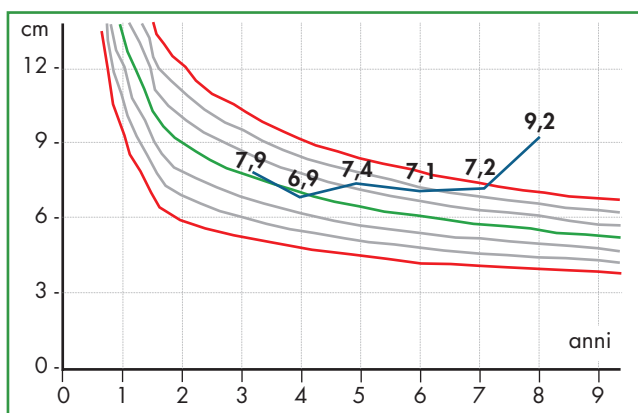
Caso clinico - Riccardo (8 anni) è stato condotto presso il nostro ambulatorio pediatrico di libera scelta per il monitoraggio annuale della crescita. Si evidenziava un incremento di 9 cm rispetto all'anno precedente. L'osservazione della curva di crescita dimostrava che l'altezza, costantemente al 25° percentile (pc) fino all'età di 6 anni, aveva raggiunto il 35° pc a 7 anni e il 60° pc l'anno successivo. Inoltre, il dato dell'altezza non correlava col bersaglio genetico (T) del bambino pari a 166 cm (range 158-174 cm) ed equivalente invece al 10° pc. Il grafico della velocità di accrescimento staturale meglio documentava l'incremento avvenuto negli ultimi 2 anni (vedi Figura).

Riccardo presentava pubarca PH2, volume testicolare 3 ml bilaterale (stadio G1 di Tanner). Il pene misurava 7,5 cm, 90° pc secondo Schonfeld, stadio G3 di Tanner. Restante obiettività nella norma. Pressione arteriosa 98-60 mmHg. Veniva richiesta l'Rx di mano e polso sinistri che evidenziava un'età ossea di quasi 13 anni (+5 anni rispetto all'età cronologica).

Risultavano nella norma gli ormoni tiroidei, FSH, LH e testosterone plasmatico. Aumentato il DHEAS 94,9 mcg/dl (range 13-83). Molto elevato il 17OHP basale: 21 nmol/l (range 0,09-2,73).

Il bambino veniva pertanto inviato al Centro specialistico di riferimento col sospetto di sindrome adrenogenitale non classica (SAG NC). Risultavano alti 17OHP basale, 29 nmol/l, DHEAS 96 mcg/dl e ACTH 80,9 ng/dl (range 8-79); nella norma aldosterone, cortisolo e testosterone. Il test al GnRH dimostrava attivazione iniziale e parziale di LH e FSH.

Il Centro ha confermato la diagnosi sulla base del valore di 17OHP, e ha disposto l'analisi molecolare del gene CYP21 di Riccardo, dei genitori e della sorella. È stata prescritta terapia con idrocortisone fino al controllo successivo.



Discussione - La SAG è causata nel 90% dei casi dal deficit dell'enzima 21-idrossilasi. La sua carenza determina ridotta produzione di cortisolo con conseguente aumento dell'ACTH, insufficiente produzione di aldosterone in alcuni casi, aumentata produzione di androgeni surrenalici che comportano virilizzazione nelle femmine e pseudopubertà precoce in entrambi i sessi.

Si distinguono quattro forme di SAG: a) la forma classica con perdita di sali; b) la forma classica virilizzante semplice; c) la forma non classica a esordio tardivo; d) la forma non classica asintomatica (criptica). Mentre le prime due esordiscono con un quadro di virilizzazione neonatale, la SAG NC si presenta più tardivamente, in genere dopo i 5 anni, con sintomatologia più sfumata che in alcuni casi può anche essere assente (forma criptica).

La prevalenza della forma classica in Italia è di circa 1:10.000, quella della forma NC è di circa 1:300. Il gene che codifica per la 21-idrossilasi (CYP21A2) si trova sul cromosoma 6p21.3. Sono note più di 100 mutazioni a carico del gene.

Nell'infanzia, i sintomi iniziali comprendono pubarca precoce, accelerazione della velocità di crescita, età ossea avanzata, crescita del pene e ipertrofia del clitoride come conseguenza di lieve iperandrogenismo. Nelle donne adulte affette sono frequenti irsutismo (60%), oligomenorrea (54%) e acne (33%), calvizie frontale, infertilità.

La diagnosi viene fatta sul riscontro di alti valori plasmatici di 17OHP. La diagnosi differenziale è stata posta nei confronti di altre forme di pubertà precoce, centrale o periferica.

Il trattamento della SAG NC si basa sulla somministrazione di idrocortisone orale alla dose di 8-15 mg/m²/die 3 volte al giorno, e provoca in genere un rallentamento della crescita e della maturazione ossea. La terapia è indicata nei casi in cui è presente un'età ossea avanzata di almeno 2 anni. Nei bambini che presentano un'età ossea > 12 anni, la terapia può, però, provocare una pubertà precoce vera trattabile con analoghi dell'LHRH. Un recente studio ha dimostrato un aumento nell'altezza finale dei bambini che ricevevano terapia con GH + GnRH analoghi rispetto a quelli che eseguivano solo la terapia standard con idrocortisone. Riccardo non è stato indirizzato al trattamento con GH e analoghi del GnRH dato che, al momento, non ha ancora iniziato la pubertà.

Ogni pediatra di famiglia che segue 800 bambini dovrebbe intercettare fra i suoi assistiti 2-3 casi di SAG non classica. Il caso insegna infatti come l'attenta interpretazione anche della sola curva di crescita, insieme all'esame obiettivo, possa essere la prima spia di una patologia sottostante meritevole di essere curata fin dalla fase precoce.

Le pagine elettroniche (pagine verdi) riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul sito web della rivista (www.medicocobambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 413. Alla Ricerca e ai Casi contributivi (da vedere nel loro formato full text) si accompagnano 5 Poster degli specializzandi, ad accesso libero, come sempre di grande interesse e con immagini molto esemplificative che in 4 casi riguardano la RM dell'encefalo. I Casi indimenticabili riportano invece diverse situazioni cliniche, anche in questo caso da leggere con attenzione: cosa c'è a volte dietro a petecchie ed ecchimosi? La PFAPA è ancora un mistero per qualche pediatra e medico di medicina generale? In Appunti di terapia si affronta di nuovo l'argomento delle infezioni del neonato e della terapia antibiotica giusta secondo lavori di revisione. La Pediatria per immagini descrive una linfadenite ascellare successiva alla vaccinazione antitubercolare. Quale la relazione?