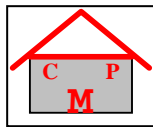


LETTER



APPUNTAMENTI

XXV Congresso di Tabiano 19-20 febbraio

Congresso di Pediatria on Line
Lazise sul Garda 17-18-19 Marzo

**Carissimi amici
vi ricordiamo che è tempo di
rinnovare l'iscrizione alla nostra
associazione.**

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere:

la rivista "Quaderni acp".

la Newsletter mensile [Appunti di viaggio](#)
a Newsletter quadrimestrale "[FIN DA PICCOLI](#)" del Centro per la Salute del Bambino, richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org.

Hanno anche diritto a uno sconto:

- sull'iscrizione alla [FAD dell' ACP](#) alla quota agevolata di 60 euro invece di 80 euro
- sulla quota di abbonamento a "[Medico e Bambino](#)", come indicato nel modulo di conto corrente postale della rivista.
- sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

Ci si può iscrivere e rinnovare l'iscrizione seguendo le indicazioni esposte con chiarezza sul sito [ACP](#).

Mario Narducci e il Direttivo ACPM

" Uno sguardo sul bambino in terra di migrazione e sulla sua famiglia. Il lavoro di "decentramento culturale" Monza, 30 gennaio 2016, Binario 7

L'obiettivo era quello di avviare un confronto fra pediatri e medici di famiglia sulle problematiche che si incontrano con le famiglie migranti che accedono negli ambulatori e condividere un approccio transculturale che permetta di vedere la differenza culturale, di cui queste famiglie sono portatrici, come una risorsa e non come un ostacolo nella presa in carico dei bambini e dei loro genitori.

Questo percorso è importante per stabilire un'alleanza terapeutica con i genitori del bambino straniero, anche allo scopo di migliorarne la compliance alle cure.

Le docenti, Maria Luisa Cattaneo, psicologa e Karina Scorzelli, mediatrice linguistico culturale sono operatrici della Cooperativa Crinali di Milano, che svolge attività di mediazione e di sostegno sociale e psicologico per persone migranti, con particolare attenzione al settore materno infantile, oltre ad attività di formazione rivolta agli operatori dei servizi sanitari, psicologici e sociali.

La Cooperativa lavora con enti pubblici e ha promosso i Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini degli Ospedali San Carlo Borromeo e San Paolo di Milano.

M. Luisa Cattaneo ha descritto le difficoltà relazionali più frequenti tra operatori sanitari e pazienti immigrati, con una visione antropologica e psicologica delle differenze culturali. Ha proposto strumenti di comunicazione efficace con il paziente straniero, basati sul "decentramento culturale". Ha esposto i principi della clinica transculturale e dell'etnopsichiatria (per chi volesse approfondire: Marie Rose Moro, Tobie Nathan e Georges Devereux, teorici dell'etnopsichiatria, disciplina che unisce le competenze psicologiche con quelle antropologiche).

Karina Scorzelli ha invece esposto casi clinici in cui la presenza del mediatore linguistico culturale è stata importante e risolutiva e ha chiarito gli aspetti culturali che, senza mediazione, avrebbero reso difficile o impossibile una buona relazione medico-paziente. Durante la discussione si è riflettuto sull'importanza della presenza di una Mediatrice Linguistico Culturale (di lingua particolarmente presente nel contesto locale) nell'ambito dell'attività ambulatoriale (es. in occasione di bilanci di salute programmati) e in particolare quando maggiore è l'impegno clinico (malattie croniche, quadri clinici complessi, bisogni di cura speciali).

Pensieri e proposte da considerare e valutare per progetti in tal senso in ambito sociosanitario.

INTERMEZZO

Esiste un solo bene, la conoscenza, e un solo male, l'ignoranza

Socrate

Polmonite (CAP)

Rimangono attuali le due LG pubblicate alla fine del 2011 e che abbiamo insieme rivisitato (Infectious Disease Society of America e British Thoracic Society).

Il miglior predittore del germe in causa sembra essere l'età del paziente.

Nelle forme lievi- moderate la gestione è domiciliare.

Terapia di prima scelta: Amoxicillina 90 mg / Kg /die diviso in 3 dosi per 8 giorni.

Il macrolide (prima scelta Azitromicina) va usato quando si ha il sospetto molto fondato di una CAP da atipici. Va aggiunto alla Amoxi in caso di mancata risposta clinica dopo 48 ore.

Usare sempre gli AB adeguati in dose adeguata per tempi adeguati.

Ogni classe di AB ha le sue caratteristiche:

Beta-lattamine sono molecole idrofile, inibiscono la sintesi della parete cellulare, l'azione battericida dipende dal tempo in cui la concentrazione rimane sopra la MIC. Per questo è necessario il frazionamento delle dosi. Sono tempo- dipendenti.

Aminoglicosidi: sono molecole idrofile, il loro bersaglio è l'inibizione della sintesi proteica, la azione battericida è direttamente proporzionale alla concentrazione di picco. Non occorre plurifrazionare le dosi, ma ottenere i massimi livelli di concentrazione nel sito dell'infezione. Sono concentrazione- dipendente.

Macrolidi: hanno azione intracellulare, non agiscono nell'interstizio.

Nel bambino il sospetto di CAP è suggerito dalla presenza di febbre, tosse, FR aumentata (più di quello atteso per l'incremento della temperatura).

Il ruolo della Rx Torace è notevolmente ridimensionato: va eseguito in caso di mancata risposta alla terapia, quando si sospettano complicanze.

Gli esami di fase acuta (GB e PCR) sono gli unici che possono essere di aiuto, se fortemente negativi o positivi, nella gestione ambulatoriale della patologia.

Sotto i 2 anni la causa predominante di CAP sono i virus e perciò la terapia AB non è indicata.

A ogni età il germe maggiormente in causa è lo Strepto Pneumoniae, il ruolo di Haemophilus Influentiae è stato notevolmente ridotto dalla vaccinazione di massa.

Terapia: l'antibiotico di scelta a ogni età è la Amoxicillina 90 mg /Kg / die diviso in 3 somministrazioni die.

Nel 2014 WHO ha rivisto le proprie indicazioni per diagnosi e gestione delle CAP da parte di personale anche non medico nelle popolazioni in via di sviluppo. Scompare l'uso di Cotrimoxazolo e si identifica come terapia ottimale per le forme gestibili a domicilio la Amoxicillina 90 mg /Kg / die in due somministrazioni per tempi anche brevi (6 giorni).

Faringotonsillite

Prevenzione :

- allattamento al seno prolungato
- non esposizione al fumo di sigaretta
- lavare le mani dopo l'uso del bagno, prima di mangiare e se sporche

Diagnosi :

valutazione clinica con score di

Mclsaac (punteggio da 0 a 5):

punteggio = oppure < a 2: la diagnosi di SBEGA è ragionevolmente esclusa

punteggio 3-4: eseguire RAD e prescrivere Antibiotico ai positivi

punteggio 5: diagnosi probabilissima, prescrivere AB senza eseguire RAD

Trattamento antibiotico : Amoxicillina 50 mg /Kg / die diviso in due dosi per 6 giorni.

In caso di pregressa e accertata reazione allergica di tipo I alle Penicilline utilizzare Macrolidi.

Se la reazione non è di Tipo I è possibile utilizzare una Cefalosporina.

I tumori Solidi. M. Massimino Monza, 16 gennaio 2016

1° causa di morte per malattia in età infantile. L'incidenza dei tumori in toto è aumentata, non così per la LLA.

Sono aumentati soprattutto i Tumori del SNC, il Neuroblastoma e il Melanoma. L'Incidenza aumenta, ma diminuisce di 1/3 la mortalità rispetto ai primi anni 70.

Ora la sopravvivenza globale a 5 anni è > 80%

SETIL è uno studio epidemiologico per valutare eventuali fattori eziologici con sorveglianza anche pre-natale: il fumo del papà nell'anno del concepimento e il fumo della mamma in gravidanza correlano a > incidenza di LLA.

Il fumo passivo fa male non solo a chi c'è ma anche a chi ci sarà.

0 -2 anni: neuroblastomi, nefroblastomi, retinoblastomi

3 - 5 anni: LLA, sarcomi

5 -9 anni: SNC, linfomi

10 -15 anni: linfomi, sarcomi

A volte il tumore si presenta come una emergenza: per effetti meccanici (occupa spazio); per effetti metabolici (per lisi cellulare: aritmie cardiache da alterazioni elettrolitiche, iperuricemia che può determinare danno tubulare); per addome acuto (rottura di massa addominale), per insufficienza renale (per compressione meccanica sulle vie urinarie).

I tumori del SNC possono determinare ipertensione endocranica con sintomi conseguenti che aumentano verso mattino.

Una diagnosi precoce spesso si riscontra nei casi più gravi. Comunque in generale è meglio fare diagnosi il prima possibile.

La diagnosi a volte può essere casuale.

Il miglioramento delle tecniche di indagine e l'approccio multidisciplinare hanno molto contribuito al miglioramento dei risultati.

Una situazione con prognosi a tutt'oggi serissima sono i tumori diffusi del ponte encefalico: hanno esordio acuto ed è elevatissima la mortalità a un anno.

Non è vero che in Italia ci sia una > incidenza di tumori infantili vs altri paesi.

Non c'è correlazione tra uso del cellulare e incidenza dei tumori cerebrali.

I più frequenti tra i tumori cerebrali sono i gliomi a basso grado.

Casi clinici :

1) Zoppia per coxalgia era un tumore osseo al bacino

2) Episodio di cardiopalmo per anemia sideropenica con stipsi, sangue occulto fecale +++: alla Endoscopia si evidenziava un polipo emorragico era un adenoma intestinale poliposo metastatico.

Occhio alla nuova FAD!

E' già possibile iscriversi seguendo le indicazioni ben esplicitate sul sito Nazionale ACP