

# Le ricerche in corso in ACP

A cura della Segreteria della ricerca

*Pubblichiamo, in questo numero di Quaderni acp, un resoconto sommario delle ricerche in corso in seno ai gruppi dell'Associazione e lo stato di avanzamento delle ricerche stesse. Ricerche in altri gruppi sono in corso e di esse daremo conto appena riceveremo precise notizie.*

## SICILIA

### 1. STUDIO EPIDEMIOLOGICO SU INDICATORI DI SALUTE E INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA

**Gruppi ACP coinvolti** ACP Trinacria Palermo

**Altre strutture coinvolte** No

**Numero di pediatri ricercatori** 29

**Referente** Giuseppe Primavera (beppeprimavera@libero.it)

**Data di inizio** Gennaio 2005

**Razionale** È diffusa consapevolezza tra i pediatri di famiglia di Palermo che i tassi di allattamento al seno vadano decrescendo, che lo straordinario incremento dei parti cesarei e le routine assistenziali di molti ospedali pubblici e privati non favoriscano l'allattamento al seno e che, malgrado i dati della letteratura siano a favore di alcuni semplici interventi di prevenzione primari, questi vengano ampiamente disattesi. Questo ha suggerito l'avvio di un lavoro epidemiologico in una realtà in cui i sistemi di monitoraggio sono sempre stati carenti.

#### Scopi

1. Raccogliere dati su alcuni importanti indicatori di salute:

- Tasso di prevalenza e durata dell'allattamento al seno secondo le definizioni UNICEF-OMS
- Routine ospedaliera e aderenza all'iniziativa Ospedale amico del bambino con i suoi "10 passi per allattare al seno con successo"
- Nati da parto cesareo
- Nati di basso peso
- Ricoveri in UTIN

2. Raccogliere dati sull'implementazione di alcuni interventi di prevenzione primaria su cui esistono evidenze di efficacia.

- Posizione nel sonno e prevenzione della SIDS
- Protezione del bambino durante il trasporto in automobile
- Esposizione al fumo in gravidanza e dopo la nascita
- Assunzione preconcezionale di acido folico

Tali dati, specie quelli sull'allattamento al seno, potranno costituire la base per un audit interno al gruppo, ma potrebbero anche essere utili ad ASL, Aziende Ospedaliere o Assessorato Sanità per la pianificazione di interventi.

**Metodi** Questionario per la raccolta dati su tutti i nati nel primo semestre 2005, che saranno seguiti sino alla fine del secondo semestre.

**Risultati provvisori** Non disponibili.

#### Referenze

- (1) Tamburlini G. Indicatori di salute in età evolutiva. *Medico e Bambino* 1999;5:315.
- (2) CSB, corso di formazione. Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile.
- (3) UNICEF. Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital 1993.

**Stato della ricerca** Raccolta dati

**Termine previsto** Dicembre 2005

### 2. I DISTURBI GASTROINTESTINALI FUNZIONALI NELLA PRATICA PEDIATRICA AMBULATORIALE

**Gruppi ACP coinvolti** ACP Trinacria Palermo, alcuni pediatri di famiglia del gruppo ACP Empedocle (Agrigento)

**Altre strutture coinvolte** Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di

Messina (Prof. G. Magazzù, coordinatore) (magazzug@www.unime.it)

**Numero di pediatri ricercatori** 27

**Referente** Giuseppe Primavera (beppeprimavera@libero.it)

**Data di inizio** Marzo 2005

**Razionale** I disturbi gastrointestinali funzionali (DGIF) costituiscono uno dei problemi più frequenti per il pediatra di famiglia, ma la loro prevalenza nel bambino è ancora poco conosciuta. Il loro studio era spesso affidato a centri di secondo e terzo livello, che applicavano complessi protocolli diagnostici volti a escludere una patologia organica. I "criteri di Roma II" hanno trasformato l'iter diagnostico da una diagnosi di esclusione a una diagnosi in positivo. Il nuovo approccio, basato su una storia clinica dettagliata, con ricerca di sintomi di allarme per patologia organica, e sull'eventuale esecuzione di pochi esami di laboratorio, fa rientrare la gestione dei DGIF, nella stragrande maggioranza dei casi, nell'ambito delle cure primarie.

#### Scopi

- Stimare la prevalenza dei DGIF nella popolazione pediatrica del territorio
- Verificare che, a eccezione del vomito ciclico, può essere formulata una diagnosi prospettica in positivo, e non di esclusione, utilizzando i criteri di Roma e che i DGIF possono essere gestiti quasi sempre dal pediatra di famiglia
- Stimare l'accuratezza diagnostica di variabili cliniche ed esami di primo livello per la diagnosi dei DGIF

**Metodi** I 27 pediatri partecipanti, in un periodo di 3 mesi, somministrano a tutti i pazienti di età 0-14 anni che vengono portati in ambulatorio per disturbi

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: gitoffol@libero.it

gastrointestinali un questionario per la raccolta dati. Il follow-up è costituito da 3 visite di controllo a 1, 6 e 12 mesi, durante le quali viene compilata una apposita scheda. Alla fine del follow-up, se non è sopraggiunto un cambiamento del pattern sintomatologico o c'è stato un miglioramento, la diagnosi iniziale di disturbo gastrointestinale funzionale è ritenuta confermata.

**Risultati provvisori** Non disponibili.

#### Referenze

- (1) Rasquin-Weber A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45 (suppl. II):1160-8.
- (2) Miele E et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2004;114:73-8.
- (3) Jeffrey S. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 1998;133:473-8.

**Stato della ricerca** Raccolta dati

**Termine previsto** Giugno 2006

### 3. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO NEI PRIMI VENTQUATTRO MESI DI VITA

**Gruppo ACP coinvolto** ACP dello Stretto - Messina

**Altre strutture coinvolte** Ricerca nazionale multicentrica. Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di Messina (Prof. G. Magazzù)

**Numero di pediatri ricercatori** 15

**Referente** Angelo Camponozzi, Clinica Pediatrica di Foggia

**Data di inizio della ricerca** 12 Giugno 2004

**Razionale** Negli ultimi decenni si è assistito a un trend nettamente in aumento della diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).

Callahan e collaboratori hanno riportato, tra il 1971 e il 1995, un incremento della diagnosi di MRGE pari a 20 volte; tra il 1995 e il 2000, dati recenti ricavati dal Pediatric Hospital Information Survey Database (PHIS) hanno mostrato ancora, nei bambini ospedalizzati negli USA, una prevalenza di MRGE pari a circa il

4% di tutte le ammissioni ospedaliere pediatriche (1). Il numero di prescrizioni per inibitori di pompa protonica (IPP), usati per il trattamento del MRGE, sarebbe più che triplicato negli ultimi tre anni tra i bambini americani (2). La soppressione acida indotta da H<sub>2</sub>-antagonisti e IPPs determina la secrezione di gastrina. Studi nell'adulto hanno riportato la presenza di ipertrofia delle cellule parietali da probabile ipergastrinemia in soggetti trattati con IPPs per lungo tempo. Sulla base delle osservazioni sopra riportate, il quesito che ci poniamo è: "L'incremento della prevalenza di MRGE descritto potrebbe essere correlato all'uso, spesso eccessivo e indiscriminato, di acidosoppressori in età pediatrica?"

**Scopi** Ottenere una prevalenza di punto in 90 giorni della frequenza del RGE in una popolazione di lattanti. Seguire tali bambini fino al compimento dei 2 anni, al fine di valutare la storia naturale del RGE.

**Setting** Ambulatorio pediatrico.

**Metodi** Durante un periodo di 70-110 giorni, tutti i lattanti di età compresa tra 1-12 mesi consecutivamente presentatisi all'ambulatorio, verranno valutati e per ciascuno verrà compilata la scheda di reclutamento. Sarà considerato arruolabile un lattante con sintomatologia rispondente ai criteri diagnostici per il reflusso funzionale (età compresa tra 1 e 12 mesi; 2 o più episodi di rigurgito giornalieri per la durata di 3 o più settimane in lattante altrimenti sano). Per ciascun paziente arruolato sarà compilata una scheda di inserimento e il questionario I-GERQ GERD modificato (3). Schede successive di follow-up dovranno essere compilate a intervalli regolari di 8 settimane fino a che il paziente non avrà compiuto 2 anni.

**Risultati provvisori** A Messina, 707 bambini di età 1-12 mesi sono stati visti consecutivamente ed è stata compilata la scheda di reclutamento: 88 sono stati arruolati e per loro è in corso il follow-up.

**Stato della ricerca** Raccolta dati

**Termine** Settembre 2006

#### Referenze

- (1) Orenstein SR. Gastroesophageal reflux. In: Hyman PE (ed.) *Pediatric*

*gastrointestinal motility disorders*. New York, Academy Professional Information: Services Inc, 1994:55-88.

- (2) Shepherd RW et al. Gastroesophageal reflux in children. Clinical profile, course and outcome with active therapy in 126 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 1987;26:55-60.
- (3) Orenstein SR et al. Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the Infant gastroesophageal reflux questionnaire. *Clin Pediatr* 1996;12:607-14.

### 4. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO NEI PRIMI VENTQUATTRO MESI DI VITA IN LATTANTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO PROGREGGIO CON AMINOACIDOSOPPRESSORI

**Gruppo ACP coinvolto** ACP dello Stretto - Messina

**Altre strutture coinvolte** Ricerca nazionale multicentrica. Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di Messina (Prof. G. Magazzù)

**Numero di pediatri ricercatori** 15

**Referente** Angelo Camponozzi, Clinica Pediatrica di Foggia

**Data di inizio della ricerca** 12 Giugno 2004

**Razionale** La soppressione acida indotta da H<sub>2</sub>-antagonisti e IPPs determina, attraverso meccanismi di biofeedback, la secrezione di gastrina che, a sua volta, agisce stimolando la produzione di ioni idrogeno direttamente, o indirettamente mediante il rilascio di istamina. Studi nell'adulto hanno riportato la presenza di ipertrofia delle cellule parietali da probabile ipergastrinemia in soggetti trattati con IPPs per lungo tempo (1,2).

Sulla base delle osservazioni sopra riportate, il quesito che ci poniamo è: "L'incremento della prevalenza di MRGE descritto potrebbe essere correlato all'uso, spesso eccessivo e indiscriminato, di acidosoppressori in età pediatrica?"

**Scopi** Valutare la prevalenza di MRGE in lattanti sottoposti a trattamento progredito con acidosoppressori (H<sub>2</sub>-antagonisti, IPPs), osservandoli fino al compimento di 2 anni.

**Setting** Ambulatorio pediatrico

**Metodi** I pazienti arruolati sono lattanti di 0-12 mesi, rispondenti ai criteri diagnostici per il reflusso funzionale, sottoposti tuttavia a terapia pregressa o in atto con acidosoppressori (H<sub>2</sub>-antagonisti). Pertanto l'utilizzo di acidosoppressori al momento del reclutamento non sarà considerato motivo di esclusione come nel protocollo I, anzi costituirà criterio fondamentale di inclusione. Il protocollo II seguirà le stesse direttive (e quindi stesse schede e questionari da compilare) del protocollo I.

**Stato della ricerca** Raccolta dati

**Risultati provvisori** A Messina, 47 bambini sono stati inclusi nel protocollo II e sono seguiti in follow-up.

**Termine** Settembre 2006

#### Referenze

- (1) Driman DK et al. Omeprazole produces parietal cell hyperplasia in humans. *Dig Dis Sci* 1996;41:2039-47.
- (2) Stolte M et al. Treatment with lansoprazole also induces hypertrophy of the parietal cells of the stomach. *Pathol Res Pract* 2000;196:9-13.

### SARDEGNA

#### 5. FATTORI OSTACOLANTI L'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO AL SENO PROLUNGATO SINO AL SESTO MESE (RILEVAZIONI DI UN OSSERVATORIO PLURICONSULTORIALE DELL'AREA URBANA DI CAGLIARI)

**Gruppi ACP coinvolti** Gruppo Aspeco Cagliari

**Altre strutture coinvolte** 3 consultori familiari e 4 asili nido

**Numero di pediatri ricercatori** 3

**Referente** Silvio Ardaù (uadra@yahoo.it)

**Data di inizio** Gennaio 2001

**Razionale e scopi** Partendo dal dato esperienziale di una maggiore difficoltà nel sostegno dell'allattamento al seno di diverse coppie madre-bambino e dall'avere alcune recenti ricerche evidenziato una carenza di counselling e sostegno specifico dell'allattamento al seno (a.s.), la ricerca si propone di individuare i fattori ostacolanti e delineare categorie a rischio di interruzione precoce di allattamento al seno esclusivo prima del sesto

mese, a cui dedicare maggiori risorse e migliori strategie di sostegno nel percorso nascita consultoriale per abbattere tali fattori e incrementare la popolazione a maggior durata di allattamento.

**Metodi** Esame della popolazione frequentante i percorsi nascita consultoriali e valutazione della storia clinica generale (gravidanza, parto ecc.) e dell'a.s. (inizio, durata, interventi di promozione e sostegno ricevuti, problematiche emerse, modalità di a.s. post-parto in ospedale ecc.) tramite esame delle cartelle cliniche e colloqui.

**Risultati** Su 675 diadi madre-bambino esaminate sino al 31/12/2003 il 65% allattò in modo esclusivo-predominante sino al sesto mese, comprensivo di un 11% che fece allattamento misto con latte formulato in ospedale; il restante 35% interruppe l'allattamento esclusivo passando al misto o totalmente artificiale prima del 6° mese. Le 2 popolazioni sono state separate e confrontate sui parametri presunti ostacolanti.

La popolazione con a.s. interrotto prima del sesto mese ha presentato un'incidenza notevolmente più elevata per diversi fattori: 1) somministrazione di latte formulato in ospedale; 2) ritardato attacco al seno dopo il parto; 3) gravidanza interrotta prima del termine; 4) degenza ospedaliera protratta; 5) parto cesareo; 6) mancata possibilità di rooming-in; 7) basso peso neonatale. Molto meno differenziali le incidenze di età materna, parità, situazione occupativa, coliche gassose del neonato ecc.

Tutto ciò sembrerebbe inversamente proporzionale al mese di interruzione (cresce l'incidenza dei fattori citati nella popolazione con interruzione di a.s. verso il primo mese di vita). È stato motivo di soddisfazione per il gruppo aver portato un 11% dall'allattamento misto all'esclusivo protratto al sesto mese.

L'osservatorio è permanente e accoglie progressivamente nuovi consultori (coi dati del 2004 si arriverebbe al migliaio circa di unità di popolazione globale). Criticità: popolazione selezionata dai percorsi nascita (livello culturale medio-alto, alta motivazione all'a.s.).

#### Referenze

- (1) Sabbadini L. Gravidanza e parto: una nuova coscienza femminile, un nuo-

vo protagonismo maschile. ISTAT, Indagine multiscopo 1999-2000.

- (2) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002 ([www.iss.it](http://www.iss.it)).

**Stato della ricerca** Raccolta continua ed elaborazione dati annuale.

### VENETO

#### 6. DEFINIZIONE DEI TEMPI DI SVILUPPO PUBERALE IN UNA POPOLAZIONE FEMMINILE, DI ORIGINE ITALIANA, RESIDENTE NEL VENETO

**Gruppi ACP coinvolti** APREF; APCP VR; ARP VI; ACP Asolo; ACP L.C. VE; alcuni pediatri di famiglia di BL e RO

**Altre strutture coinvolte** Endocrinologia clinica pediatrica, Padova

**Numero di pediatri ricercatori** 81

**Referente** F. Rigon (rigon@pediatria.unipd.it)

**Data di inizio** Giugno 2004

**Razionale** La definizione di normalità e patologia nell'intervallo di tempo che intercorre tra la comparsa delle manifestazioni della pubertà e il verificarsi del menarca si basa su dati degli anni '60, relativi a una popolazione inglese. Tali dati sono oggi messi in discussione, e ciò comporta implicazioni terapeutiche e medico-legali: di qui la necessità di ridefinire tale intervallo in una popolazione italiana, residente nel Veneto, che può essere considerata espressione di tutte le ragazze italiane.

**Scopi** Definire l'intervallo di tempo che intercorre tra la comparsa delle manifestazioni della pubertà e il verificarsi del menarca, in una popolazione italiana, residente nel Veneto, che può essere considerata espressione di tutte le ragazze italiane.

**Metodi** Osservazione prospettica di una popolazione di circa 600 bambine di età superiore ai 6 anni, che non abbiano ancora presentato alcun segno di sviluppo puberale (telarca, pubarca, ircarca) e valutazione auxologica semestrale/annuale, comprendente anche lo stadio puberale, mediante apposite schede cartacee e/o informatizzate, fino al momento della comparsa del menarca.

**Risultati provvisori** Non disponibili

## Referenze

(1) Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969; 44: 291-303.

**Stato della ricerca** Attualmente è terminata la fase di arruolamento ed è iniziata la fase di osservazione e raccolta dati.

**Termine previsto** Giugno 2010

## 7. VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEL PROGETTO NATI PER LEGGERE

**Gruppi ACP coinvolti** ACP Asolo, ACP J. Da Ponte (Bassano, VI)

**Altre strutture coinvolte** Servizio di Educazione alla salute, ASL 8 (Asolo, TV)

**Numero di pediatri ricercatori** 20

**Referente** Camilla Montini

(montini@ulssasolo.ven.it)

Giacomo Toffol (gitoffol@libero.it)

**Data di inizio** Dicembre 2002

**Razionale** Il progetto Nati per Leggere si è ormai diffuso in molte regioni italiane. Non è tuttavia ancora stato pubblicato alcuno studio che documenti l'effetto degli interventi previsti da questo progetto sulle capacità linguistiche dei bambini, né sull'effetto di rassicurazione e consolazione che la lettura ad alta voce da parte dei genitori esplica nei confronti dei bambini stessi.

**Scopi** Valutare quanto l'intervento di promozione alla lettura ad alta voce da parte dei genitori possa incidere:

- sull'abitudine alla lettura stessa
- sulle capacità linguistiche dei bambini
- sulle caratteristiche del sonno dei bambini.

**Metodi** I pediatri, randomizzati in tre gruppi, hanno arruolato i primi 30 bambini presentatisi agli ambulatori per il bilancio del sesto mese. I pediatri del gruppo "intervento" a ogni bilancio di salute effettuano un'azione di promozione alla lettura, rinforzata dal dono di un libro e di un elenco di altri libri consigliati. A 6, 24, 36 mesi vengono raccolte informazioni su: condizioni economiche, livello culturale e livello di socializzazione della famiglia, abitudine alla lettura ad alta voce, caratteristiche del sonno dei bambini. A 24 e 36 mesi verranno rilevate le differenze tra i due gruppi nell'attitudine alla lettura da parte dei geni-

tori e nelle caratteristiche del sonno. A 36 mesi i bambini verranno sottoposti a un test di valutazione del linguaggio.

**Risultati provvisori** Sono stati arruolati 560 bambini. Il 15,1% dei genitori legge ai bambini almeno 6 giorni alla settimana.

## Referenze

(1) Bus AG, Van Ijzendoorn MH. Mother-child interactions, attachment, and emergent literacy: a cross-sectional study. *Child Dev* 1988;59:1262-72.

(2) Needlman R, Fried LE, Morley DS, Taylor S, Zuckerman B. Clinic-based intervention to promote literacy. A pilot study. *Am J Dis Child* 1991; 145:881-4.

(3) High PC, La Gasse L, Becker S, Ahlgren I, Gardner A. Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? *Pediatrics* 2000;105:927-34.

**Stato della ricerca** È terminata la fase dell'arruolamento, e si stanno raccogliendo le informazioni relative alla tappa dei 24 mesi.

**Termine previsto** Dicembre 2005

## 8. DIAGNOSI PRECOCE DELL'AUTISMO E DEI DISTURBI GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO (DGS) NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA: UTILIZZO DELLA CHAT (CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS) COME STRUMENTO DI SCREENING

**Gruppi ACP coinvolti** ACP Asolo

**Altre strutture coinvolte** Servizio di NPI, ASL 8 Veneto (Asolo, TV) (Andrea Gemma)

**Numero di pediatri ricercatori** 11

**Referente** Miriana Callegari

(callegari@ulssasolo.ven.it)

Giustina Bonato

(bonato@ulssasolo.ven.it)

**Data di inizio** Marzo 2005

**Razionale** L'autismo e i disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS) rappresentano un gruppo eterogeneo di disturbi comportamentali dello sviluppo del bambino. I primi studi epidemiologici sull'autismo riportano una prevalenza di 1:2000 (Lotter 1996), ma, con un fenotipo clinico più ampio e una migliore indagine, la stima aumenta a 1:500-1000 (Bryson

1996, Bryson, Clark & Smith 1998, Ehlers & Gillberg 1993), per arrivare al più recente dato di 1:333 (Baird e al. 1999). Percentuali così elevate di frequenza del disturbo impongono la necessità di migliorare lo screening e la diagnosi precoce, in quanto sintomi di autismo possono essere già presenti nel primo anno di vita, anche se in realtà non viene diagnosticato prima dei 2-3 anni.

## Scopi

- Verificare la possibilità, in termini di tempo e di metodologia, di inserire la CHAT, come strumento di screening per la diagnosi precoce di autismo e di DGS, nei bilanci di salute dei bambini di 18-24 mesi, all'interno delle attività del pediatra di famiglia.
- Verificare la specificità e la sensibilità dello screening.
- Ridurre l'età media della diagnosi del disturbo autistico.

**Metodi** Durante il periodo dello studio verranno sottoposti alla chat tutti i bambini che si recheranno dal proprio pediatra per il bilancio di salute dei 18-24 mesi. Verranno esclusi i bambini portatori di cerebropatia e i bambini già in carico al Servizio di Neuropsichiatria.

## Referenze

(1) Baird, Charman, Baron-Cohen, Cox, Swettenham, Wheelwright, Drew. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:694-702.

(2) Dalla Vecchia, Giuberti. Diagnosi e trattamento precoci nell'autismo e nei DPS. Atti del Convegno di Montebelluna, novembre 2003.

(3) Filipek PA et al. Lo screening e la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico. *J Autism Develop Disord*, 1993;29:6.

**Stato della ricerca** Raccolta dati

**Termine previsto** Febbraio 2007

## LOMBARDIA

### 9. LA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICA SISTEMICA NELLA PRATICA AMBULATORIALE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

**Gruppi ACP coinvolti** ACP Milano e Provincia