



Società  
Italiana di  
**Pediatria**  
1898 - 2018

**74°**

**Congresso Italiano  
di PEDIATRIA**

Presidente del Congresso  
**ALBERTO VILLANI**

**ROMA**  
**12-16 giugno 2018**

Angelicum Congress Centre  
Pontificia Università  
San Tommaso D'Aquino  
Largo Angelicum, 1

**Enea, Anchise e Ascanio**

Gian Lorenzo Bernini  
(Galleria Borghese, Roma)



**BIO MEDIA**  
La condivisione del sapere

## ACCERTAMENTO OLISTICO MULTIDISCIPLINARE DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA): ESPERIENZA DELL' AMBULATORIO PEDIATRICO MULTICULTURALE (APM) DEL POLICLINICO DI PALERMO

G. Savarino<sup>1</sup>, E. Sferrazza<sup>1</sup>, A. Gangemi<sup>1</sup>, S. La Placa<sup>1</sup>, M.C. Monti<sup>2</sup>, M. Giuffrè<sup>1</sup>, G. Corsello<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute Materno Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup>Servizio di Etnopsicologia presso l'Ufficio del Garante dell'Infanzia e Adolescenza del Comune di Palermo - Associazione PENC

I MSNA sono tra le categorie di minori più vulnerabili, pertanto necessitano di un percorso di accompagnamento che favorisca dinamiche di integrazione socio-culturale ed educativa, nel superiore interesse del minore, principio ispiratore della Legge n. 47/2017, che disciplina il sistema di accoglienza e protezione dei MSNA. In assenza di documenti, non essendo mai certa l'età anagrafica, nel Protocollo approvato dalla Conferenza delle Regioni e PP AA nel Marzo 2016, si raccomanda una valutazione olistica multidisciplinare che vede coinvolti assistente sociale, pediatra con competenze auxologiche, neuropsichiatra infantile e/o psicologo, mediatore culturale.

Presso l'APM, da ottobre 2017 a febbraio 2018, sono stati visitati 29 migranti (18M,11F) provenienti da: Gambia(8), Nigeria(8F), Senegal(5), Guinea(2), Costa d'Avorio(2F), Eritrea(1M,1F), Mali(1), Camerun(1). Arrivati in Italia tra maggio e luglio 2017, sono stati ospitati nelle Province di Palermo e Trapani, per il 66% e il 23%, rispettivamente presso centri di prima e di seconda accoglienza (CA) per minori, l'1% presso centri di accoglienza straordinaria. La richiesta di accertamento dell'età è stata inoltrata dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo in seguito a una discordanza tra età registrata allo sbarco ed età dichiarata successivamente. In ambulatorio, dopo adeguata informazione e raccolta del consenso del presunto minore alla presenza del responsabile della comunità e/o del tutore e di un mediatore culturale, si valutava la relazione psico-sociale redatta dal CA e, quindi, si procedeva ad un colloquio con l'ausilio di una scheda anamnestica e infine ad una visita auxologica: in nessun caso è stato utile richiedere la radiografia del polso e mano sinistra, peraltro considerata non dirimente. Su 29 migranti, fatta eccezione per 4 palesemente minorenni (3M,1F), per gli altri 25 si confermava uno sviluppo globale compatibile con quanto dichiarato: in 15 un'età prossima al compimento del 18° anno, se non addirittura in 10 la maggiore età già compiuta. Per 5 minori e 2 maggiorenni è stato avviato follow-up con il servizio di etnopsicologia.

Abbiamo rilevato come spesso l'accertamento dell'età non venga disposto su un fondato dubbio e come extrema ratio. Peraltro il colloquio sociale se adeguatamente condotto risulta fondamentale nel dirimere il dubbio stesso per i migranti che sono prossimi o hanno già compiuto la maggiore età. La nostra attività ci ha permesso di realizzare una fotografia della condizione sociodemografica, migratoria, giuridica e di salute dei MSNA che potrebbe ispirare progetti mirati nei confronti di questo gruppo particolarmente fragile di migranti.

## STUDIO DELL'ANDAMENTO PRESSORIO GIORNALIERO IN BAMBINI E ADOLESCENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 1: ELEVATA PREVALENZA DI IPERTENSIONE RICONTRATA MEDIANTE MONITORAGGIO PRESSORIO AMBULATORIALE

V. Spaggiari<sup>1</sup>, V. Cenciarelli<sup>1</sup>, F. Lami<sup>2</sup>, S.F. Madeo<sup>2</sup>, P. Bruzzi<sup>2</sup>, B. Predieri<sup>2</sup>, L. Iughetti<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

<sup>2</sup>Dip. di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantile e dell'Adulto, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

L'ipertensione in bambini e adolescenti con diabete mellito di tipo 1 (DM1) induce un aumento del rischio cardiovascolare ed è associata a danno d'organo a livello cardiaco, vascolare e renale. Nella comune pratica clinica i valori pressori vengono registrati attraverso l'utilizzo del tradizionale sfigmomanometro oscillometrico durante la visita ambulatoriale. Numerosi studi hanno dimostrato la superiorità del monitoraggio pressorio ambulatoriale (24h-ABPM) rispetto al metodo oscillometrico nella popolazione adulta. L'utilizzo di 24h-ABPM in età evolutiva è tutt'ora controverso.

Obiettivo dello studio è stato quello di analizzare la prevalenza di ipertensione in una popolazione in età evolutiva affetta da DM1, confrontando il metodo oscillometrico tradizionale con 24h-ABPM, valutando inoltre l'utilità di 24h-ABPM nella diagnosi precoce di questa complicanza.

Nello studio sono stati arruolati 40 bambini e adolescenti con DM1 (52.5% maschi; 13,6+2.56 anni; durata di malattia 7.08 +2.93 anni). Per ciascun paziente sono stati raccolti dati antropometrici, metabolici (HbA1c, assetto lipidico, funzionalità renale) e sono stati rilevati i valori pressori sia tramite sfigmomanometro oscillometrico che mediante l'utilizzo di 24h-ABPM. L'ipertensione è stata definita in presenza di un livello di pressione arteriosa sistolica (SBP) superiore al 95° percentile per età, sesso ed altezza con sfigmomanometro oscillometrico, mentre con 24h-ABPM sono stati considerati ipertesi i soggetti con carico sistolico 24h>25%.

La prevalenza di ipertensione mediante il metodo oscillometrico è risultata essere del 22.5% (9 pazienti su 40 arruolati), mentre con 24h-ABPM la prevalenza ha raggiunto il 57.5% (23 pazienti su 40 arruolati, X<sup>2</sup>=8.58, p=0.003), con un 35% di ipertensione mascherata. Nei pazienti risultati ipertesi mediante 24h-ABPM la durata di malattia è risultata essere maggiore rispetto ai normotesi (8.04+3.22 vs. 5.76+-1.85 anni, p=0.013). Attraverso l'analisi statistica con curva ROC, è stato identificato come cut-off predittivo di carico SBP 24h>25% il valore di 6.5 anni dall'esordio del DM1 (AUC 0.716). La durata di malattia (B=0.49, SE 0.17, p=0.006) e lo z-score BMI (B=0.41, SE 0.20, p=0.049) sono risultati essere i principali fattori predittivi per il carico SBP>25%. Non è emersa relazione tra ipertensione, controllo metabolico, lipidico e funzionalità renale.

Il nostro studio ha evidenziato la superiorità di 24h-ABPM nell'identificare precocemente soggetti con anomalie pressorie rispetto alla classica metodica con sfigmomanometro oscillometrico, permettendo di impostare immediatamente un adeguato trattamento al fine di prevenire e rallentare l'insorgenza di complicanze nefrovascolari. I nostri dati suggeriscono che 24h-ABPM potrebbe essere introdotto nella comune pratica clinica a partire da 6 anni dall'esordio di DM1.