

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri
www.acp.it

I talebani hanno impiccato un bambino di 7 anni (pagg. 182 e 192)



2010 vol 17 n° 4

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 2, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
2010; 17(4)

145 Editorial

Difficult times
for independent scientific publications
Paolo Siani, Giancarlo Biasini

146 Forum

Sometimes it's too late...
Paola Di Nicola

148 Public health

Primary prevention of adverse reproductive
outcomes can be obtained promoting
the preconception health and care
*Pierpaolo Mastroiaco, Dante Baronciani,
Renata Bortolus*

154 Public health

The Triage nurse in paediatric emergency wards
Rosanna Galasso

159 Mental health

The role of paediatricians in language disorders
Angelo Spataro

160 Info

162 A close up on progress

Procedural sedation 2010
Laura Badina, Marta Minute, Egidio Barbi

169 Learning from a case

Fever is a common symptom
but its interpretation is not always so easy
*Valentina Bonifacci, Giulia Guerrini,
Roberta Burnelli*

172 Keep an eye on the skin

Evidence Based Magic
Pierangela Rana

174 Personal accounts

Taking care of gastroenterological and nutritional
problems in children with disabilities
Miris Marani, Beatrice Feletti, Maura Ricci

179 Forasustainableworld

Biodiversity and climate change in Europe
Laura Reali

180 Vaccinacipi

Pandemic: as questions increase
will we ever get answers?
Luisella Grandori

181 Farmacipi

Mucolytic agents and Propylthiouracil:
an update regarding safety in children
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

182 Tenstories

Del Awar a 7 year old afghan child hanged
by Talibans
Stefania Manetti (a cura di)

183 Movies

184 Books

186 Born to read

188 Meeting synopsis

190 ACP news

191 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr*i*

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Michele Gangemi
Stefania Manetti
Laura Reali
Paolo Siani
Francesca Siracusano
Federica Zanetto

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Luisella Grandori
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione
gratuita on-line della letteratura medica
ed è pubblicata per intero al sito
web: www.quaderniacp.it
e-mail: redazione@quaderniacp.it

Indirizzi

Amministrazione
Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. / Fax 078 357401
e-mail: francedessi@tiscali.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47521 Cesena
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041
e-mail: ufficiosoci@acp.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47521 Cesena
Tel. 0547 610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.it

**QUADERNI ACP È PUBBLICAZIONE
ISCRITTA NEL REGISTRO NAZIONALE
DELLA STAMPA N° 8949**

**© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT**

LA COPERTINA

Il "Pinocchio impiccato" della copertina è opera di
Franco Viola, un artista vivente di Formia, che con
pezzi di legno di ulivo (simbolo della pace) ha
costruito una serie di Pinocchi tutti diversi fra loro.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo.

Tempi difficili per le pubblicazioni indipendenti

Paolo Siani*, Giancarlo Biasini**

*Presidente ACP; **Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Riviste mediche. Pubblicazioni indipendenti

Cari lettori, il 1° aprile 2010 è iniziato un percorso difficile per migliaia di pubblicazioni indipendenti (circa 8000) che vengono spedite da piccoli editori. Molte sono legate ad Associazioni no profit, culturali, di volontariato, religiose. Fra queste anche *Quaderni acp*. Fino a marzo 2010 lo Stato sosteneva l'editoria indipendente indennizzando Poste Italiane SpA per gli sconti che essa concedeva sulle spedizioni. Senza alcun preavviso il 1° aprile (4 giorni dopo le elezioni! A pensar male si fa peccato ma...) il governo ha annullato questo sostegno a Poste Italiane con effetto immediato nel silenzio tombale della televisione e nel mezzo silenzio della grande stampa: per lei la spedizione in abbonamento è secondaria rispetto alla vendita in edicola. È vero che ci sono stati (*vox clamans in deserto*) centinaia di consigli comunali che hanno approvato ordini del giorno di protesta stupiti dell'irrigidimento di Poste Italiane che, nel 2009, ha avuto 904 milioni di profitti. Noi, ignari di tutto, il 7 aprile abbiamo consegnato alle Poste il numero 3 di *Quaderni acp* (marzo-aprile). E solo lì abbiamo saputo che le tariffe per noi (stampa no profit) erano aumentate di 4 volte. Poi con un certo stupore ci siamo accorti che, per la stampa indipendente no profit, l'aumento era solo di 2,1 volte. Alla nostra richiesta di spedire con una futura integrazione, visto che erano in corso contatti fra le associazioni della stampa indipendente e il governo, ci è stato risposto allargando le braccia. La presenza di contatti con il governo ci ha suggerito di tenere le riviste in stand by, ma nella seconda metà di aprile abbiamo spedito per mantenere il nostro tacito contatto con voi per cui la rivista deve arrivare senza ritardi, nel tempo della data scritta nel frontespizio. Nel numero scorso non abbiamo trattato questo argomento perché il "Decreto incentivi" sembrava affrontare il problema ("ottimisti per dove-

re" dice il Presidente del Consiglio) e abbiamo spedito ancora al prezzo maggiorato. A quel punto però è stato necessario fare i conti in casa nostra. L'aumento dei costi viene a creare serie difficoltà a un bilancio molto rigido come i soci sanno, perché ogni anno viene presentato e approvato dalla loro assemblea.

Le **uscite** dell'ACP sono sostanzialmente fisse: i costi dei *servizi segretariali* e quelli *editoriali* occupano una grossissima parte del bilancio. Probabilmente "eccessiva" perché la loro consistenza non consente di frequentare ambiti forse molto utili per la modernizzazione delle offerte. Da queste due voci, data la loro consistenza, Presidenza e Direttivo dell'ACP devono esigere vicinanza ai soci, comprensibilità, efficienza e un buono, anzi ottimo, rapporto costi/benefici. E devono chiedere ai soci che su questi indicatori operino il massimo del controllo. Per quanto riguarda la rivista: negli ultimi anni è stata ridotta la tiratura, conservato il colore solo nelle pagine in cui è strettamente necessario, il lavoro dei redattori è completamente gratuito, le riunioni di redazione sono limitate al massimo con rimborsi praticamente bloccati. Viene inviata solo ai soci e a un ridotto gruppo di persone alle quali siamo interessati a fare conoscere le attività dell'ACP. Dato che non abbiamo abbonamenti, ci è preclusa la possibilità di aumentarne gli introiti, metodo fra l'altro difficile, per tutti, da attuare a metà anno. Le **entrate** sono costituite dalle quote di iscrizione che sono state ritoccate al rialzo un paio di anni fa. Il codice non consente sostegni esterni, non abbiamo rapporti con ditte, abbiamo rinunciato alla pubblicità per *Quaderni acp*. Il Direttivo ha chiesto ai gruppi locali di trattenere il 30% delle quote di iscrizione solo in presenza di spese irrinunciabili e documentabili. Ha ottenuto dal CSB la riduzione del 50% del contributo iscritto in convenzione per NpL. Una possibilità di coprire costi crescenti è, almeno per ora, l'aumento delle quote di iscrizione, che

può essere decisa solo dall'assemblea dei soci o l'aumento dell'area di interesse intorno all'ACP e quindi del numero dei soci. Per l'aumento di interesse ci sono buone prospettive per i rapporti intessuti con altre organizzazioni come l'UNICEF, il Gruppo CRC, la Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (SISIP) e altro ancora. Ne abbiamo avuto la prova in una recente indagine on line con la collaborazione del Burlo Garofolo e della SISIP su "La gestione delle convulsioni febbrili: attitudini di comportamento degli operatori sanitari". Dal punto di vista quantitativo l'indagine ha ottenuto in brevissimo tempo 1036 risposte al sito ACP e a quello della SISIP [1]. Questo è accaduto forse anche per la maggiore appetibilità del sito completamente ristrutturato.

Si è quindi deciso, dopo molte esitazioni e d'accordo fra Presidente e Direttore della rivista, di ridurre a 5 invece che 6, per il 2010, le uscite di *Quaderni acp* in attesa di una valutazione più completa della situazione finanziaria dell'Associazione, perché è ovvio che il "taglio" di un numero non risolve il problema, ma ne allontana solo l'urgenza. La perdita di un numero della rivista è una operazione dolorosa. *Quaderni acp* è lo strumento non solo di formazione, ma di collegamento fra tutti i soci, anche se ora "Apunti di viaggi" contribuisce a far conoscere le nostre attività e il Blog a diffondere i nostri commenti e le nostre idee.

È bene ripetere che si tratta di una scelta eccezionale e che tutti, gruppi e iscritti, sono chiamati a uno sforzo per l'aumento del numero dei soci e anche a uno sforzo di fantasia per suggerire proposte che magari al Presidente e al Direttivo nazionale non sono venute in mente. Raccontateci cosa pensate che si debba fare. Qualcuno lo ha già fatto. ♦

Bibliografia

[1] Pediatri PS 38, Pediatri ospedalieri 114, Infermieri PS 15, Infermieri UO Pediatria 119, PdF 590, Altri Infermieri 31, Medici 30, Specializzandi 92, Studenti 4, Altri 3.

Per corrispondenza:
e-mail: redazione@quaderniacp.it

editoriale

A volte è troppo tardi...

Paola Di Nicola
Università degli Studi di Verona

La nascita pretermine, problema di Sanità pubblica

Sulla nascita pretermine, in particolare sull'aumento della sua frequenza nelle età gestazionali comprese tra 32 e 37 settimane, abbiamo letto le considerazioni di un neonatologo e di un ostetrico (Quaderni acp 2010;17:64 e 2010;17:112). Il fenomeno è caratterizzato da una forte rilevanza sociale, e pertanto ci è sembrato necessario e indispensabile chiedere a Paola Di Nicola qualche riflessione storico-sociologica sul tema, mirata in particolare ai mutamenti del ruolo della donna nella famiglia e in una società sempre più orientata in senso utilitaristico. Paola Di Nicola, ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi, è docente di Sociologia della famiglia e Direttrice del Master universitario in Mediazione familiare e della Scuola di Dottorato in Scienze umane e Filosofia, dell'Università degli Studi di Verona.

(Carlo Corchia)

Parole chiave *Nascita pretermine. Fecondità. Famiglia. Scienze sociali*

Un elemento che spesso viene sottovalutato, se non addirittura ignorato, quando si parla di cambiamento del ruolo della donna e/o di emancipazione femminile è dato dal livello crescente di controllo che la donna riesce ad esercitare sul proprio corpo e, indirettamente, sulla funzione riproduttiva. Il riferimento non va solo alla contraccezione e alla connessa separazione tra sessualità e riproduzione, quanto alla possibilità che ha la donna di controllare la sua fecondità. La contraccezione altro non è che uno strumento – il più recente per quanto riguarda la contraccezione chimica – con cui la donna, riuscendo ad esercitare un controllo sulla sua fecondità, ha potuto cominciare a riscrivere i tempi della sua biografia di vita, collocando la funzione riproduttiva e la sua intensità entro archi temporali non più scanditi dai tempi biologici e sociali, ma dalle sue scelte. Socialmente una donna era pronta per il matrimonio una volta divenuta adulta (feconda) e generava figli per tutto l'arco della sua vita feconda. Tale sincronia aveva delle forti ripercussioni sull'organizzazione sociale della famiglia: la differenza di età tra i vari figli era piccola, ma tra il primo e l'ultimo figlio potevano intercorrere anche 15-18 anni; spesso una madre generava l'ultimo figlio quando già aveva uno o più nipoti, dando adito a situazioni – nel passato non tanto rare – in cui gli zii erano più piccoli dei nipoti. La vita feconda di una donna si identifica tutta con la sua vita attiva e sociale: prima di

tutto una donna era madre e in subordine moglie e figlia. Ma nonostante la dominanza della funzione riproduttiva, essa non interferiva con la vita lavorativa: lavoro produttivo e lavoro di cura (allevare figli) erano talmente intrecciati, connessi, coesistenti, che non era dato sia per l'uomo che per la donna segnare linee di demarcazione nette tra le due sfere.

La situazione comincia a cambiare nel momento in cui, a livello di organizzazione sociale, si assiste a una cesura tra i due mondi, che porta a identificare l'area della *utilitas* con quella della produzione (solo il mercato produce ricchezza materiale) e l'area dei costi con quella della riproduzione (i figli non sono più una risorsa, ma un costo da sostenere). Non a caso gli assegni familiari furono dati ai lavoratori per integrare un reddito, sul quale gravava un nuovo costo: i figli! La maternità comincia a essere considerata un affare privato, il fare figli una libera scelta della donna e della coppia, che si deve dimostrare essere in grado di fronteggiare le esigenze della propria famiglia, grande o piccola che fosse.

Nel momento della cesura tra i due mondi (produttivo e riproduttivo), le coppie e, soprattutto le donne che dovevano lavorare, ma che erano fuori dall'economia agricola, iniziano a 'controllare' la fecondità. Riducono il numero dei figli e, soprattutto, li generano in un arco temporale sempre più ristretto. Ritmi biologici e ritmi sociali cominciano ad andare fuori registro. Artigiane e commercianti in ambiente urbano sono le prime a esercitare tale controllo, seguite

a ruota dal ceto medio dipendente. Ma anche le donne dei ceti più elevati, non lavoratrici, bensì 'madri e mogli esemplari' (secondo l'ideologia della maternità come vocazione della donna che prende corpo nell'Ottocento), cominciano a ridurre il numero dei figli, forti della consapevolezza che per garantire a tutti i figli migliori opportunità di vita (in termini di istruzione, salute, alimentazione) uno dei presupposti fosse quello di ridurre il numero. Le spinte dal basso e dall'alto convergono in un'unica direzione: non solo ridurre il numero dei figli, ma operare scelte private e personali (generare), tenendo in conto quelle che sono le esigenze del mercato: allargare l'area del consumo, lasciando alle famiglie la responsabilità di fare quadrare i conti tra entrate e uscite. Spesso, per fare quadrare i conti, è necessario spostare in avanti la nascita di un figlio, quando le entrate della famiglia sono più stabili e più elevate.

Cambiano dunque in prospettiva le forme organizzative delle famiglie (sempre più piccole) e sempre più private, figli di età ravvicinata e generati da genitori sempre più avanti nell'età e quindi potenzialmente più maturi e preparati: luogo degli affetti, in cui tutti i componenti hanno non solo pari dignità, ma anche pari valore e importanza. Famiglia, dunque 'rifugio in un mondo senza cuore', come direbbe C. Lasch [1].

Sono – questi – processi sociali molto importanti che hanno avuto un impatto molto positivo sulla vita di uomini, donne e bambini. Il miglioramento delle condizioni di vita della famiglia, in ter-

Per corrispondenza:
Paola Di Nicola
e-mail: paola.dinicola@univr.it

forum

mini di maggiori risorse materiali (denaro e servizi) e non materiali (capitale umano), si è riverberato sulle condizioni di vita dei bambini, determinando un drastico calo della mortalità infantile e un aumento e allungamento della scolarizzazione. Parallelamente la donna si è affrancata da una concezione della maternità come suo unico e irreversibile destino, a volte giusta punizione per una sessualità esercitata fuori dalle regole (leggasi matrimonio), e la coppia può avere maggiore appagamento dalla relazione affettiva.

Il bilancio costi-benefici della separazione tra logica della *utilitas*, dominante nel mercato, e logica della cura, dominate nella sfera delle relazioni intergenerazionali, è indubbiamente positivo, soprattutto sul versante materiale: tuttavia avere ricondotto la procreazione all'interno di una economia degli affetti e della scelta, i cui ritmi sono, in definitiva, scanditi dalle logiche di mercato, ha fatto sì che non sempre emergessero i costi personali e sociali che uomini e donne si sono assunti e si devono assumere nel momento in cui operano quella personalissima e privatissima scelta di vita: generare un figlio. Costi che cominciano a vedersi oggi: primo, fra tutti, la distanza sistematicamente rilevata tra il numero di figli generati e il numero di quelli desiderati. Si comincia a diffondere l'idea che i figli non sono solo un costo, ma sono anche un lusso che solo alcuni possono permettersi, secondo una logica di pervasiva mercificazione anche delle relazioni interpersonali. Il progetto di un 'figlio', quindi, lo si sposta sempre più avanti nell'età delle donne, quando la situazione lavorativa ed economica della coppia o della famiglia si è consolidata e stabilizzata, amplificando, progressivamente, la forbice tra i ritmi biologici e

quelli sociali. L'ampliamento della forbice non solo porta a un incremento delle nascite premature e dei parti a rischio (il cui impatto sulla salute delle donne e dei bambini si comincia solo adesso a valutare), ma è foriera di forti frustrazioni, tanto più forti quanto più il figlio – secondo le aspettative dei genitori – doveva venire al mondo nel momento giusto (per la coppia). Crescono infatti, con l'età della donna e dell'uomo, le probabilità di forme di infertilità, tali per cui il progetto non si realizza. Inizia a questo punto, per alcune coppie, la rincorsa al tempo: la fecondazione assistita e/o l'adozione internazionale, nella speranza di non andare totalmente fuori tempo massimo. Frustrazione, ansia, senso di impotenza e di fallimento diventano pesanti fardelli che possono rinsaldare il legame di coppia, ma possono anche distruggerlo.

Sarebbe dunque importante che uomini e donne fossero consapevoli di questi rischi e che fossero sostenuti da concrete e reali politiche di conciliazione che consentano loro di generare il numero di figli desiderati, quando ritengono di farlo, senza essere penalizzati sul versante della partecipazione al mercato del lavoro e alla vita sociale. Ma perché si possano attivare politiche di conciliazione è necessario che la società e la politica per essa considerino la procreazione una funzione a forte impatto e rilevanza sociale (anche solo per riequilibrare le classi di età nella popolazione), non più una scelta privata della coppia. Solo recuperando una dimensione di *utilitas* sociale alla procreazione è possibile che una collettività tutta si assuma parte degli oneri. ♦

Bibliografia

[1] Lasch C. Rifugio in un mondo senza cuore. La famiglia in stato d'assedio. Bompiani, 1996.

LA CORTE DEI CONTI BACCHETTA FAZIO

Il contratto di 186,6 milioni di euro per l'acquisto dei vaccini anti-H1N1 può essere inficiato da "profili di responsabilità amministrativo-contabile a carico di soggetti intervenuti nella vicenda, per gli aspetti che in sede di controllo non è stato possibile valutare". Così ha scritto la Corte dei Conti nel giudizio sul contratto di acquisizione dei vaccini da parte del ministero.

Sarebbe "fin troppo facile – scrive sempre la Corte – trarre conclusioni semplicistiche, e per certi versi scontate, sulla sostanziale inutilità delle costose misure poste in atto per affrontare un pericolo di fatto rivelatosi inesistente". Ma le "molteplici perplessità" non vanno taciute.

Di che cosa si tratta? Continua la Corte: "L'acritica adesione a decisioni assunte in altre sedi (per quanto prestigiose e importanti, ma pur sempre potenzialmente fallaci), la scelta di rispondere alla temuta emergenza con una vaccinazione di massa e non con altri possibili (e altrettanto disponibili) rimedi terapeutici, la diversa composizione del prodotto scelto per l'operazione e la sua auspicata ma non verificata efficacia, le innegabili divergenze emerse nel mondo scientifico sulla validità generale di una simile scelta, la stipula di un contratto di approvvigionamento dalle caratteristiche inusuali e con un iter ampiamente derogatorio delle normali regole di settore, i ritardi di distribuzione dei vaccini (poi fortunatamente inutilizzati), il generale rifiuto a sottoporsi alla vaccinazione proprio da parte dei soggetti intuitivamente ritenuti più a rischio, la prevista impossibilità di vaccinazione da parte di altri che magari avrebbero invece voluto farlo". Tutti aspetti che impongono il dovere di verificare "la ragionevolezza e la funzionalità di quanto predisposto e attuato". C'è poi da capire l'entità "dei costi sostenuti, la destinazione dei milioni di vaccini inutilizzati".

(Il Sole 24 ORE Sanità 29.6.2010)

Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale

Pierpaolo Mastroiacovo*, Dante Baronciani**, Renata Bortolus***

*International Centre on Birth Defects, Roma; **Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria; ***Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Abstract

Primary prevention of adverse reproductive outcomes can be obtained promoting the preconception health and care

A number of scientific evidence indicates that a further reduction of children's disabilities can be obtained also throughout a continuous counselling offered to women in reproductive age, especially when a pregnancy is a possibility and not actively avoided. The preconception and the interconception care has been identified as a priority of primary health care providers. The paediatrician is one of the leading health care provider in families with a child. The aims of the preconception counselling are: to reframe the well known contents of primary prevention of congenital disabilities addressing the global woman's health before a pregnancy; to help the woman (couple) to take her (their) own decisions in light of her (their) own reproductive plans.

Quaderni acp 2010; 17(4): 148-153

Key words Preconception counselling. Adverse reproductive outcomes

Numerose prove scientifiche indicano che una ulteriore riduzione delle disabilità infantili può essere ottenuta anche attraverso un counselling continuo offerto alla donna in età riproduttiva, specialmente quando una gravidanza è possibile e non attivamente evitata. L'insieme delle cure preconcezionali o interconcezionali è stato identificato come una priorità nel campo delle cure primarie. Il pediatra è uno dei sanitari di fiducia più autorevoli nelle famiglie in cui è già presente un bambino. Gli obiettivi del counselling preconcezionale sono: ripensare e organizzare i noti contenuti della prevenzione primaria delle disabilità congenite nell'ambito della promozione della salute della donna in modo globale; aiutare la donna (la coppia) a prendere le decisioni che riguardano la sua (loro) salute in piena autonomia e responsabilità alla luce dei suoi (loro) programmi riproduttivi.

Parole chiave Counselling preconcezionale. Esiti avversi della riproduzione

Introduzione

La visione d'insieme dell'evento riproduttivo e degli esiti avversi che ne condizionano il successo non è comunemente presa in considerazione. Per questo motivo è necessario chiarire dapprima la definizione di "esiti avversi della riproduzione" (EAR). Per EAR si intende qualsiasi patologia che impedisca il concepimento, il regolare decorso della gravidanza e il suo esito normale. Gli EAR comprendono quindi: a) la sterilità e la subfertilità femminile e maschile; b) le patologie della gravidanza che ne condizionano l'esito o che rappresentano un fattore di rischio per la salute materna e del neonato – per esempio la pre-eclampsia, il diabete gestazionale, le patologie placentari; c) le alterazioni dello stato di salute del feto, del neonato o del bambino di natura congenita, determinate totalmente o in parte da cause o fattori di rischio precon-

cezionali o prenatali, in particolare le malattie genetiche che si evidenziano nei primi anni di vita (es. fibrosi cistica, talassemia, distrofia muscolare, emofilia), le malformazioni e le disabilità congenite, la prematurità, la restrizione della crescita fetale, le paralisi cerebrali, alcuni tumori di natura congenita e la morte improvvisa del lattante (*tabella 1*).

Le cause o i fattori di rischio degli EAR sono ancora poco conosciuti. Conosciamo alcuni determinanti genetici e sappiamo che vari fattori di rischio, non genetici (es. fumo, alcol, alimentazione, farmaci, agenti chimici, infezioni o malattie croniche come il diabete) e affrontabili con interventi di prevenzione primaria, condizionano, individualmente o interagendo tra loro, uno o più EAR. La possibile interazione tra i vari fattori di rischio e l'influenza su singoli o molteplici EAR rappresentano il razionale più ovvio e ro-

busto per una visione d'insieme sia degli EAR che delle azioni di contrasto dei fattori di rischio (*figura 1*).

La frequenza complessiva degli EAR non è nota e fino a oggi neppure mai valutata nel loro insieme. Dati affidabili sono disponibili solo per alcune patologie, considerate singolarmente e senza tener conto della contemporanea presenza di più patologie nello stesso soggetto (*tabella 1*). Una stima ragionevole, complessiva di tutti gli EAR, potrebbe suggerire una frequenza globale del 20-25%. Le conseguenze dei vari EAR non sono trascurabili e alcune senza dubbio sono gravi. Focalizzando l'attenzione sugli EAR che alterano la salute infantile, va sottolineato per esempio che, oltre a essere associati molto spesso a disabilità di varia natura e gravità (es. malformazioni, prematurità grave e malattie genetiche), nei Paesi sviluppati sono responsabili di una quota considerevole di mortalità infantile. Per esempio, in Italia, circa il 30% della mortalità infantile è dovuto a malformazioni congenite strutturali (in particolare cardiopatie congenite) e circa il 55% a stati morbosi perinatali (anch'essi quasi sempre di origine prenatale!) [1].

Queste considerazioni costringono a riflettere sul fatto che qualsiasi tentativo di riduzione della mortalità, della morbilità e disabilità infantile oggi deve affrontare seriamente il problema dei diversi fattori di rischio che condizionano i vari EAR.

L'anello mancante nella promozione della salute infantile

Il miglioramento della mortalità e della morbilità infantile nel corso degli ultimi decenni è stato ottenuto nei Paesi sviluppati sia attraverso un sensibile miglioramento delle condizioni socio-economiche, sia attraverso interventi assistenziali di prevenzione e cura dapprima nel periodo infantile e neonatale, quindi in

Per corrispondenza:
Pierpaolo Mastroiacovo
e-mail: icbd@icdb.org

salute pubblica

una seconda fase focalizzati anche al periodo perinatale e prenatale, attraverso un'adeguata assistenza alla gravidanza e un'anticipazione sempre crescente della prima visita ostetrica. Se si considera però che l'organogenesi avviene nelle prime otto settimane di vita prenatale, dal concepimento fino alla 10^a settimana di gestazione, si comprende che l'ulteriore sforzo, il nuovo paradigma della prevenzione degli EAR, deve prevedere interventi nel periodo preconcezionale, prima del concepimento e della formazione degli organi.

L'attenzione al periodo preconcezionale colma il vuoto culturale, e quindi assistenziale nel senso più ampio del termine, che intercorre tra gli interventi di educazione alla salute, alla sessualità e alla pianificazione familiare in giovane età e la gravidanza stessa (figura 2).

La promozione della salute preconcezionale si presenta quindi come un'attività innovativa e come parte integrante delle attività di promozione della salute materno-infantile [2]. Tale cambiamento sta avvenendo contemporaneamente in diversi Paesi sviluppati e non [3]. Per poter comprenderne appieno il significato sarà tuttavia necessaria una fase di assestamento non breve, con la messa a punto non tanto dei contenuti, che appaiono chiari, ma delle modalità organizzative, che devono essere ben integrate nelle attività sanitarie esistenti, soprattutto quelle di assistenza primaria.

Il periodo preconcezionale

Il periodo preconcezionale può essere definito come il tempo che intercorre tra il momento in cui la donna (la coppia) è aperta alla procreazione, perché desidera una gravidanza nell'immediato futuro o perché comunque l'accetta a medio-lungo termine, e il momento del concepimento. Si tratta di un periodo, quindi, non definito né definibile con precisione, molto variabile: intorno ai sei mesi nelle gravidanze programmate, anche di anni in quelle non programmate.

Quali interventi preventivi nel periodo preconcezionale

Gli interventi preventivi che devono essere attuati nel periodo preconcezionale sono molteplici e sintetizzati nella tabella 2. Tutti gli interventi indicati nella tabella sono basati su prove di effica-

TABELLA 1: ESEMPI DI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE (EAR) E LORO FREQUENZA

Esiti avversi della riproduzione	Frequenza	Referenza
Problemi di fertilità	10-15%	[8]
Aborto spontaneo	17-22%	[9]
Pre-eclampsia	4,0%	[10]
Distacco di placenta	0,4%	[10]
Diabete gestazionale	0,9%	[10]
Malattie genetiche dell'infanzia*	0,54%	[11]
Malformazioni**	2-6%	[12]
Prematurità	6,5%	[13]
Restrizione crescita fetale	3-5-10% Variabile in base alla definizione adottata	
Disabilità congenite	Non valutate nel loro insieme	
Paralisi cerebrali	0,2%	[14]
Morte improvvisa del lattante	<0,013%	[15]
Alcuni tumori congeniti	Non valutati nel loro insieme	

* Malattie genetiche da anomalie di singoli geni (0,36%) e da anomalie cromosomiche (1,8%) identificabili entro i primi 25 anni di vita.
** Variabili in base alla gravità e all'età di diagnosi considerata

FIGURA 1: ESEMPIO DI DUE FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI A EAR

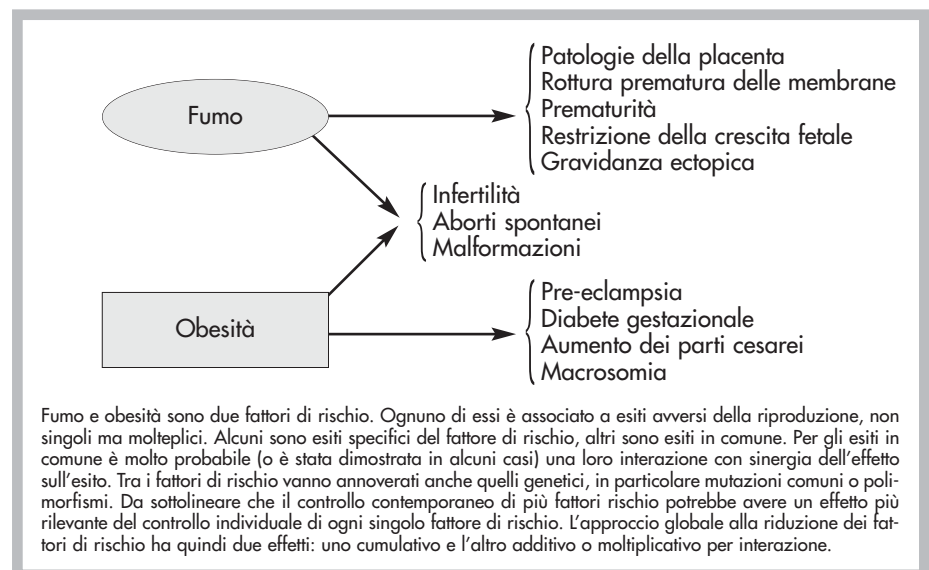
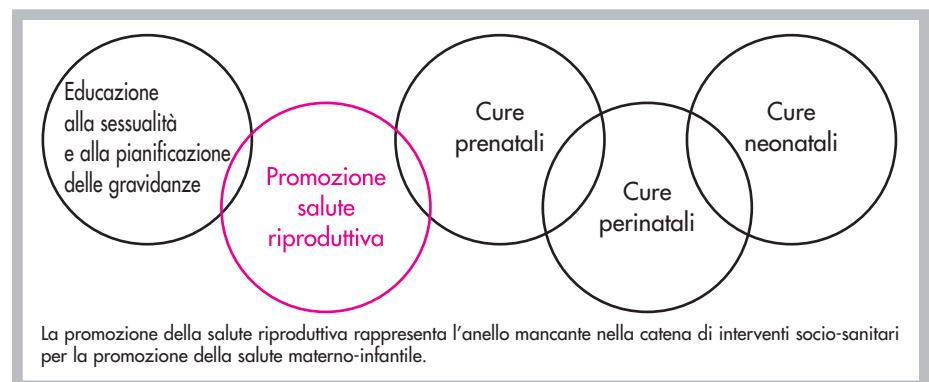


FIGURA 2: CATENA DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MATERNO-INFANTILE



cia più o meno robuste o su principi di buon senso ampiamente condivisi [4-5]. Altri interventi che meritano nell'immediato futuro il supporto di ulteriori studi e considerazioni sono: a) l'esame odontoiatrico e il trattamento delle periodontiti; b) lo screening preconcezionale o all'inizio della gravidanza dell'ipotiroidismo materno subclinico. Per una trattazione completa dei vari interventi e delle motivazioni che li sostengono si rimanda al sito www.pensiamociprima.net, dove sono disponibili una linea guida con 28 raccomandazioni, un set di lezioni di aggiornamento, e a breve una serie di schede informative per le coppie, con altre iniziative per l'implementazione degli interventi.

La rilevanza strategica del periodo preconcezionale

La rilevanza strategica del periodo preconcezionale è facilmente comprensibile sulla base di semplici considerazioni. Alcuni interventi preventivi sono:

- controindicati a gravidanza iniziata (es. vaccinazione contro rosolia e varicella, adeguamento della terapia antiepilettica, ottenimento di un adeguato peso corporeo nelle donne con obesità o sovrappeso);
- efficaci solo se iniziati nel periodo preconcezionale (es. supplementazione con acido folico, adeguato controllo metabolico del diabete);
- più efficaci se iniziati prima della gravidanza (es. abitudini alimentari, astensione dal fumo e dall'alcol).

Come proporre gli interventi preventivi

I vari interventi preventivi indicati nella **tabella 2** possono essere proposti alle donne (coppie) in età fertile attraverso due modalità principali: collettiva e individuale. Ambedue le modalità non si escludono tra loro, ma vanno gestite in maniera integrata.

Modalità collettiva

Usualmente viene messa in atto da organizzazioni istituzionali (Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, Assessorati alla Salute Regionali, ASL), di volontariato o di promozione sociale (es. ASBI - Associazione Spina Bifida Italia), e consiste in campagne di sensibilizzazio-

TABELLA 2: INTERVENTI PREVENTIVI DA ATTUARE NEL PERIODO PRECONCEZIONALE E LORO OBIETTIVO

Interventi preventivi	Obiettivo
Incoraggiare la programmazione della gravidanza	Evitare le gravidanze non desiderate (<i>prevenzione di IVG</i>) e attuare nei tempi dovuti i vari interventi preventivi
Identificare rischi genetici	Fornire informazioni sulle probabilità di malattia nella prole, sulle opzioni riproduttive possibili e sulle modalità di diagnosi prenatale e sue conseguenze
Identificare e ridurre i rischi psicosociali	Individuare le modalità più adatte (nonostante le difficoltà) per aiutare le donne oggetto di violenza fisica familiare o in stato di privazione socio-economica ad utilizzare i servizi socio-sanitari disponibili e in grado di ridurre gli effetti negativi connessi ai rischi presenti
Incoraggiare un adeguato stile di vita: alimentazione, fumo, alcol, uso di farmaci, sostanze stupefacenti, sostanze chimiche	Ridurre i rischi riproduttivi di vario tipo associati ai vari stili di vita non corretti. In linea generale una donna che programma o non esclude la possibilità di una gravidanza dovrebbe comportarsi come se fosse già incinta: astenersi da bevande alcoliche, stupefacenti di qualsiasi tipo, fumo, non assumere farmaci se non necessari e dopo consultazione medica, evitare il contatto con sostanze chimiche teratogene
Prescrivere acido folico o un multivitaminico che lo contenga ma privo di vitamina A	Ridurre il rischio di difetti del tubo neurale (<i>prove di efficacia robuste</i>), e possibilmente di altre malformazioni, altri EAR e alcune complicanze della gravidanza (<i>prove di efficacia deboli</i>)
Vaccinare le donne ancora suscettibili a rosolia, varicella, epatite B, influenza in periodo epidemico	Prevenire la malattia in gravidanza, la trasmissione al feto e i danni conseguenti
Diagnosi e trattamento malattie trasmesse sessualmente (es.: HIV, Chlamydia)	Ridurre i rischi di patologia ostetrica, perinatale e neonatale associati alla presenza di infezione o mancanza di trattamento adeguato
Diagnosi di suscettibilità a toxoplasmosi e CMV	Consigliare nelle donne ancora suscettibili norme igieniche per evitare la malattia in gravidanza
Fornire informazioni anticipate: tempestività della prima visita ostetrica, febbre, esami per la diagnosi prenatale di malattie congenite	Indicare l'importanza della prima visita ostetrica tempestiva; anticipare l'utilità dei farmaci antifebbrili in caso di febbre elevata; consentire alla coppia di riflettere con più tempo a disposizione sul significato e conseguenze degli esami di diagnosi prenatale di anomalie fetali

ne con messaggi semplici rivolti a tutta la popolazione o a specifici gruppi di essa. Alcuni di questi messaggi possono rivestire carattere di obbligatorietà, quali i messaggi sui pacchetti di sigarette e i simboli sulle bevande alcoliche (obbligatorie in alcune nazioni europee). Tuttavia a oggi la

quasi totalità di questi messaggi è rivolta alle donne già in gravidanza o è limitata a specifici interventi (es. la supplementazione con acido folico). Manca una campagna organica di promozione della salute preconcezionale nel suo insieme, seppure si registrino timidi tentativi sia in Italia

(es. Progetto “Pensiamoci Prima”, vedi sito www.pensiamociprima.net) che all'estero [3]. Va comunque sottolineato che le campagne di sensibilizzazione sono scarsamente valutate e valutabili, e la sensazione, ovviamente personale di chi scrive, è che **senza un consistente impegno economico** intersettoriale (es. sanità, scuola, aziende pubbliche e private), senza un ampio coinvolgimento dei media, in particolare della televisione, e senza il coinvolgimento attivo della classe sanitaria, **le campagne di sensibilizzazione abbiano una minima, se non nulla, capacità di modificare i comportamenti della popolazione**. A questo proposito è necessario sottolineare che le campagne di prevenzione sono spesso caratterizzate da importanti limiti nel raggiungere gli strati di popolazione che hanno sia uno svantaggio socio-culturale più marcato (es. bassa scolarità materna, minoranze etniche) che una maggiore prevalenza di esposizione a fattori di rischio per la salute.

Modalità individuale

È basata sul rapporto professionista sanitario-paziente. È ritenuta più incisiva e indispensabile per raggiungere i risultati attesi, anche per l'attività di promozione alle campagne di sensibilizzazione. Problema serio è come adoperarsi per rendere l'attività individuale davvero efficace e diffusa.

Per quanto riguarda la sua diffusione è ovvio che richiede del tempo. Va sottolineato che ogni singolo professionista sanitario ne è responsabile. Il Progetto “Pensiamoci Prima” (www.pensiamociprima.net) ha tentato di sensibilizzare e fornire un aggiornamento organico attraverso corsi di formazione e messa in rete gratuita di materiale didattico e operativo. Ha altresì sviluppato progetti per l'implementazione disponibili per le aziende sanitarie ed è in programma un corso a distanza formale.

Difficoltà ed efficacia

Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi, l'ipotesi di lavoro del GLISP – Gruppo di Lavoro Italiano Salute Preconcezionale (vedi www.pensiamociprima.net) è che nessun intervento potrà risultare efficace se non ne viene curata la modalità di esecuzione.

Non è facile infatti fornire informazioni, raccomandazioni e prescrizioni a una

donna (coppia) che probabilmente non le richiede, che vanno a incidere su eventi non considerati dannosi per la riproduzione (es. fumo, alcol, alimentazione carente di acido folico) e su esiti considerati non frequenti (es. malformazioni, prematurità), e che istintivamente la donna (coppia) preferisce scotomizzare o rimandare a un futuro indefinito, piuttosto che affrontarli immediatamente. Se il sanitario che propone l'intervento non possiede una minima abilità di counseling, almeno di primissimo livello, se non comprende quali sono le barriere che deve affrontare la donna (coppia) per attuare ciò che le viene raccomandato, se non stabilisce insieme a lei obiettivi raggiungibili, se non ne verifica la comprensione e non crea le premesse per una libera e consapevole decisione, qualsiasi raccomandazione, anche quella basata sulle migliori prove di efficacia, può cadere nella più assoluta indifferenza e risultare del tutto inutile. E ciò non solo per quanto concerne gli interventi sugli stili di vita, i più ostici da essere attuati (es. fumo, obesità), ma anche per quelli che riguardano altri ambiti apparentemente più direttivi (es. supplementazione con acido folico, vaccinazioni, trattamento delle malattie croniche). Per questo motivo, per sottolineare l'importanza di un rapporto non direttivo e non superficiale tra il professionista sanitario e la donna (coppia) il GLISP ha mantenuto la dizione inglese di counseling (o counseling) per sottolineare la modalità di interazione necessaria a promuovere la salute preconcezionale.

Il counselling preconcezionale

Il counselling preconcezionale (CP) può essere definito come uno spazio di attenzione non episodico, integrato nell'attività clinica quotidiana, in cui il sanitario di fiducia, utilizzando le proprie conoscenze scientifiche e le proprie abilità comunicative (es. counselling sistemico), propone alla donna (coppia) aperta alla procreazione una o più raccomandazioni per ridurre i rischi biomedici, comportamentali e sociali associati agli EAR, tenendo conto dei suoi (loro) valori, dei suoi (loro) stili di vita, della sua (loro) storia clinica e riproduttiva.

Quali figure professionali

Abbiamo finora tenuto nel vago la figura professionale a cui compete proporre il

CP alle donne (coppie) in età fertile. È il momento di essere più espliciti. Il CP (non essendo un intervento episodico) deve essere proposto soprattutto dai medici in grado di attuare la continuità assistenziale, ovvero in primo luogo dai medici di medicina generale. Il pediatra è una figura professionale di riferimento per le donne (coppie) che hanno già un bambino.

Il dato che circa il 45% dei nati è secondogenito o più (anche nell'attuale situazione italiana di bassa natalità) rende il pediatra molto importante per questa funzione e molto adatto a promuovere la salute della donna (coppia) prima di un ulteriore concepimento. Alcuni usano il termine di salute o di counselling interconcezionale per sottolineare questo aspetto.

Ovviamente un ruolo importante è svolto dai ginecologi che, senza indugi, dovrebbero introdurre il CP sin dal momento in cui la donna si rivolge a loro per il controllo della fertilità o per qualsiasi problema intercorrente. Anche i genetisti medici, seppure in scarso numero sul territorio e consultati di solito per problemi specifici, hanno un ruolo importante: possono integrare e ampliare le informazioni specifiche di counselling genetico richiesto con le raccomandazioni a tutto campo che caratterizzano il CP. Infine, ostetriche e farmacisti. Le ostetriche, soprattutto nell'ambito di setting di gruppo, hanno gli strumenti conoscitivi per poter affrontare gran parte delle tematiche; i farmacisti giocano un ruolo decisivo nel sensibilizzare ad alcune tematiche sia le donne in età fertile, in generale, che quelle che acquistano un prodotto anti-concezionale o un test di gravidanza.

L'importante è che tutte le figure professionali siano sulla stessa lunghezza d'onda, ovvero abbiano le stesse motivazioni, convinzioni e conoscenze.

Risultati attesi

Argomento molto complesso, questo, per vari motivi. Innanzitutto perché un vero studio randomizzato di confronto tra donne a cui viene offerto il CP nel suo insieme e donne a cui non viene offerto è eticamente improponibile. Al massimo si possono realizzare studi randomizzati con diversa intensità dell'intervento, limitati alla valutazione delle conoscenze e delle attitudini o limitati a specifici esiti di processo [6]. Gli studi di coorte che utilizzano il confronto con gli esiti rilevati nella popolazione generale sono soggetti all'i-

TABELLA 3: ESEMPI DI EFFICACIA DI ALCUNI INTERVENTI SULLA RIDUZIONE DELLA FREQUENZA DI ALCUNI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE

Intervento	Esito avverso della riproduzione	Stima del numero di nati nella popolazione generale [1-2]	Riduzione ipotizzata nella popolazione a rischio [3]	Stima del numero e della percentuale di nati in meno nella popolazione generale [4-5]	NNP
Supplementazione peri-concezionale con acido folico	Difetti del tubo neurale	575	50%	215 (37,5%)	2400
	Malformaz. gravi	11.530	16%	1690 (14,6%)	310
Controllo del diabete pre-concezionale	Malformaz. gravi	11.530	68%	119 (1,04%)	25
	Prematurità	37.480	77%	633 (1,7%)	5
Trattamento ottimale dell'epilessia	Malformaz. gravi	11.530	68%	72 (0,6%)	24
Raggiungimento del peso corporeo ideale in donne obese	5 malformazioni comuni [6]	4.900	25%	64 (1,3%)	361
Fumo	Labio-palatoschisi	350	25%	22 (6,4%)	5.210
	Palatoschisi	260	18%	10 (11,4%)	10.520
	Prematurità	37.480	21%	1920 (5,1%)	60
	Morte improv. (SIDS)	73	52%	9 (17,8%)	8900
	Restrizione crescita intrauterina	17.320	45%	2440 (14,1%)	50

Nella quinta colonna i numeri indicano l'efficacia in termini assoluti: numero di soggetti *in meno* all'anno (nati e interruzioni di gravidanza dopo diagnosi prenatale di anomalie fetali) grazie all'intervento preventivo, se venisse realizzato nel 100% delle future gestanti a rischio. Nella sesta colonna, NNP indica il numero di donne necessario che seguano la raccomandazione preventiva per ridurre di un caso la frequenza dell'esito considerato.

[1] Popolazione generale: Nati in Italia 2008: 576.659.

[2] Prevalenza totale degli esiti avversi (nati e interruzione della gravidanza dopo diagnosi prenatale di anomalie fetali): Malformazioni gravi = 20 x 1000; Difetti del tubo neurale = 1 x 1000; Cardiopatie congenite = 6 x 1000; Labio-palatoschisi = 0,6 x 1000; Palatoschisi = 0,45 x 1000; Prematurità = 6,5 x 100; Morte improvvisa = 0,13 x 1000.

[3] Stima prevalenza del fattore di rischio: Necessità di supplementazione di acido folico = 90%; Diabete pre-gestazionale = 0,5%; Epilessia in trattamento farmacologico = 0,30%; Obesità = 4,0%; Fumo di sigarette all'inizio della gravidanza = 20%.

[4] Per dettagli e referenze vedi www.pensiamociprima.net

[5] Stima effettuata su tutte le donne mettono in atto l'intervento preventivo.

[6] Cardiopatie congenite, anencefalia, spina bifida, labio e palatoschisi.

inevitabile bias di adesione [7]. Una possibile soluzione è valutare l'effetto di specifici interventi su esiti specifici utilizzando studi randomizzati (disponibili solo per la supplementazione con acido folico e il trattamento ottimale del diabete pregestazionale) o derivando le stime da studi osservazionali o loro meta-analisi, come esemplificato nella *tabella 3*. Va tuttavia sottolineata l'incertezza sia sulla validità delle stime di efficacia che sulla generalizzabilità dell'effetto.

Conclusioni

In questo articolo abbiamo cercato di chiarire che la salute materno-infantile è minacciata da una serie di patologie, complessivamente definite come EAR e

in particolare, sul versante infantile, dalla prematurità e dalle malformazioni congenite (che rappresentano le due cause di mortalità e di disabilità più frequenti nei Paesi sviluppati).

Gli interventi di prevenzione primaria degli EAR realizzati fino a oggi hanno ottenuto scarsi risultati. Un piccolo (quanto è da stabilire), ma significativo passo avanti può essere fatto solo attraverso una maturazione culturale della società intera, trainata e stimolata dalla classe socio-sanitaria.

È necessario che si sviluppi una cultura della salute riproduttiva attenta non soltanto alla gravidanza (come giustamente avvenuto fino ad oggi), ma anche e soprattutto al periodo che precede il con-

cepimento e più in generale alla salute della donna in età riproduttiva.

Lo sforzo richiesto alla classe socio-sanitaria, nel suo insieme e nessuno escluso, è concentrare l'attenzione sugli stili di vita e sulle problematiche biologiche, cliniche e sociali individuali di ogni singola donna (coppia), ovvero sviluppare una capacità di orientamento della donna (coppia) in età fertile basata su specifiche abilità di ascolto e di comunicazione.

Il CP sintetizza questi obiettivi e queste esigenze. Se nei prossimi anni la comunità socio-sanitaria, nel suo insieme e in rete, riuscirà a realizzare il CP nella pratica clinica quotidiana come un naturale momento di attenzione al futuro riproduttivo della donna (coppia) riusciremo

senza dubbio a ridurre significativamente una certa quota di EAR e di disabilità congenite. Sarà compito della ricerca chiarire, anno dopo anno, la dimensione del successo ottenuto. ♦

Lavoro svolto nell'ambito del "Progetto di Ricerca per l'implementazione delle strategie utili a favorire un'assunzione ottimale di acido folico nella donna in età fertile e nella popolazione generale", finanziato dal Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ai sensi dell'art 19, comma 1, lettera F) del D.L. 12 Aprile 2006, n. 163. Contratto n. 175.

Bibliografia

- [1] ISTAT. Tavole di mortalità per cause, 2002.
- [2] Atrash H, Jack BW, Johnson K, et al. Where is the "W"oman in MCH? Am J Obstet Gynecol 2008 Dec;199(6(Suppl 2)):S259-65.
- [3] Reeve ME. Preconception health: The missing link in the MNCH continuum of care. Beijing Da Xue Xue Bao. 2009 Aug 18;41(4):383-8.
- [4] Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. Am J Obstet Gynecol 2008 Dec;199(6(Suppl 2)):S280-9.
- [5] HCN – Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: HCN, 2007. Pub N 2007/19E.
- [6] Whitworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009 Oct 7;(4):CD007536.
- [7] Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptual care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999 May;84(1):43-9.
- [8] Evers JL. Female subfertility. Lancet 2002 Jul 13;360(9327):151-9.
- [9] García-Enguádanos A, Calle ME, Valero J, et al. Risk factors in miscarriage: a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002 May 10;102(2):111-9.
- [10] Nilsen RM, Vollset SE, Gjessing HK, et al. Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. Paediatr Perinat Epidemiol 2009 Nov; 23(6):597-608.
- [11] Rimoin LD, Connor JM, Pyeritz ER, Korf RB (Eds). Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics. Fourth Edition. Churchill Livingstone, 2002.
- [12] Mastroiacovo P. Epidemiologia e prevenzione delle malformazioni congenite. Prospettive in Pediatria 2008;38(149-150):59-72.
- [13] Ministero della Salute. Rapporto CeDAP 2005.
- [14] Paneth N, Hong T, Korzeniewski S. The descriptive epidemiology of cerebral palsy. Clin Perinatol 2006 Jun;33(2):251-67.
- [15] Montomoli C, Monti MC, Stramba-Badiale M, et al. Mortality due to sudden infant death syndrome in Northern Italy, 1990-2000: a baseline for the assessment of prevention campaigns. Paediatr Perinat Epidemiol 2004 Sep;18(5):336-43.

UPPA HA INVENTATO IL "CERCAPEDIATRA"

UPPA circola in tutta Italia, non solo nelle case delle più di 7000 famiglie abbonate, ma anche negli studi di moltissimi pediatri che ne acquistano a decine di copie da lasciare a disposizione dei pazienti nelle sale di attesa dei loro studi. Molti ci chiedono come fare a trovare un pediatra "uppico" nella loro città o nel loro quartiere. Sollecitati da numerose email abbiamo inventato un servizio "cercapediatra" attivo sul nostro sito.

Nella home page di UPPA in alto a destra, trovate un pulsante con la scritta "UPPA la trovi qui". Se cliccate su questo pulsante si aprirà una schermata dove potete inserire il nome della città o il Cap del luogo a cui siete interessati.

Se nella zona sono presenti pediatri sostenitori di UPPA verrà visualizzata una mappa sulla quale è indicato il loro nome e il loro indirizzo. Alcuni di questi pediatri hanno anche un loro sito personale al quale potete accedere cliccando sull'icona con la faccina che vedrete a sinistra del nome.

UPPA però non la trovi soltanto dal pediatra, ma anche in molti consultori, biblioteche, centri di assistenza alla nascita e al parto, ludoteche, scuole ecc. Questa nuova funzione del nostro sito consente anche di verificarne la presenza nella vostra zona: la procedura è la stessa e i centri sono visualizzati insieme agli studi pediatrici.

Se invece dalle vostre parti non ci dovesse essere nessun posto dove trovare il nostro giornale, potete sollecitare il vostro pediatra o il vostro consultorio a richiederne delle copie. È facilissimo: basta accedere dalla home page all'"Area pediatri" e cliccare sul pulsante Abbonati a UPPA.

Buona navigazione.

La redazione di Un Pediatra Per Amico



L'infermiere di Triage nel Pronto Soccorso pediatrico

Rosanna Galasso
Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze

Abstract

The Triage nurse in paediatric emergency wards

Triage is a tool for the management of non-planned access to a Hospital Unit for acutely ill people. It is a process through which patients are discriminated and classified on the basis of the type of disease and the acuity of their conditions. Its goal is to define the priority by which the patient will be seen by a physician. Triage can be differently implemented depending on the context where it is performed: the emergency service dispatch, the ambulance service, the Hospital Emergency Department, disasters and community emergencies. The word derives from the French "trier", i.e. to choose, to classify, and it describes an assessment method for the immediate evaluation and selection when there are many patients in need of health assistance. This paper discusses the role of paediatric triage at a Hospital level, in particular in Emergency Departments, as provided by the Italian legislation and guidelines for Emergency Departments accreditation. According to these, a triage activity must be provided in each Emergency Department and First Aid Unit by specifically trained nurses. The trend towards an increase in the use of Hospitals' Emergency Departments and First Aid Units has made the implementation of triage, particularly in Paediatric wards, necessary.

Quaderni acp 2010; 17(4): 154-158

Key words Triage. First Aid Unit. Nurse. Paediatric nurse

Il sistema di triage è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati a un servizio per acuti. Questo processo, con cui i bambini vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica poiché ha lo scopo di stabilire le priorità con cui il bimbo sarà visitato dal medico stesso. Può essere svolto con diverse modalità a seconda dei campi in cui viene applicato: in centrale operativa, in Pronto Soccorso, sul territorio o nelle maxiemergenze e catastrofi. Il termine deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, classificare. Indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità quando si è in presenza di molti pazienti. Questo articolo approfondisce il concetto di triage a livello ospedaliero e in particolare nelle strutture complesse di Pronto Soccorso, come previsto dalle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza (DPR 27/3/92). La tendenza, comune a tutte le realtà sanitarie, a un aumento del ricorso al Pronto Soccorso da parte dei cittadini, ha reso indispensabile l'attivazione di tale metodologia in tutti i Pronto Soccorso e in particolare in quelli pediatrici.

Parole chiave Triage. Pronto Soccorso. Infermiere. Infermiere pediatrico

Il triage è un percorso decisionale dinamico, basato sull'attuazione di un processo metodologico, capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in una persona, identificabile con l'utilizzo di un sistema di codifica indicante la priorità assistenziale [1].

Il termine deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, selezionare, mettere in fila [2]. Oggi viene utilizzato in ambito sanitario per definire l'organiz-

zazione di un primo filtro infermieristico che dovrebbe selezionare gli accessi al Pronto Soccorso (PS), utilizzando come priorità un codice di gravità per garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai bimbi che giungono in ospedale in modo non programmato per problematiche d'urgenza e di emergenza. Rappresenta uno strumento essenziale regolamentato dalle normative del nostro Paese. Il processo coinvolge il personale

medico e infermieristico e comporta una stretta collaborazione tra queste figure e tra queste e le risorse esterne: personale di soccorso stradale e le centrali operative 118. Essa è finalizzata:

- alla valutazione clinica della gravità;
- all'assegnazione delle priorità assistenziali;
- al primo soccorso e alla stabilizzazione dei parametri vitali;
- a garantire a ogni bambino un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali.

Attualmente però il PS pediatrico garantisce anche prestazioni sanitarie gratuite e senza prenotazione, che dovrebbero essere effettuate da altre strutture o figure. Si stima che tali siano il 70% delle prestazioni dei PS pediatrici.

Il problema del sovraffollamento e dell'uso improprio dei PS pediatrici è comune a tutti i Paesi industrializzati, più accentuato nei maggiori centri urbani, e causa di disorganizzazione e disagio per gli utenti e per i professionisti che operano nelle strutture [3]. Questo fenomeno può comportare col tempo il rischio di una risposta assistenziale inappropriata, con aumento dei tempi di attesa e con il conseguente ritardo di intervento sui bimbi con problemi urgenti a causa della difficile selezione di tutti i casi [3]. È dunque necessario da parte dei sanitari disporre di un sistema che riesca a filtrare le richieste di intervento per rivolgere la necessaria attenzione ai casi veramente bisognosi di cure rispetto a quelli meno urgenti. La consapevolezza che questi problemi di sovraffollamento possono essere affrontati e in qualche modo anche risolti attraverso un razionale cambiamento operativo, capace di determinare miglie anche sull'organizzazione del lavoro in équipe, è stato un ulteriore motivo per l'introduzione del sistema di triage. L'adozione di tale metodologia

Per corrispondenza:
Rosanna Galasso
e-mail: r.galasso@meyer.it

salute pubblica

soddisfa anche la necessità di discriminare e, se così si può dire, mettere in fila i bambini giunti in PS, dando la priorità a chi ha problemi seri rispetto a chi non è in condizioni di pericolo, anche se è in attesa da tempo. Oggi in tutti i PS pediatrici i bambini vengono selezionati e classificati in base all'urgenza delle loro condizioni cliniche e non in base all'ordine di arrivo. In Italia le prime esperienze sono cominciate all'inizio degli anni Novanta. Una svolta importante si è avuta con le "Linee guida per il sistema emergenza-urgenza" del 1996 in applicazione del DPR 27/3/92. In esse viene esplicitamente prevista la funzione del triage, indicando chi e come debba svolgere questa attività. In particolare viene sottolineato che: *"all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio"* [4].

Obiettivi del triage

La funzione del triage è garantire l'attività di accoglienza in tempi molto brevi e fornire una prima assistenza sanitaria, evitando eventi critici e lunghe attese a utenti in situazione di potenziale rischio per la vita. L'assegnazione del codice di priorità nasce da un vero e proprio "processo decisionale" sotto la responsabilità (anche normativa) del personale infermieristico preparato a questo delicato compito. Gli obiettivi vengono definiti anche in base alle esigenze del singolo PS, al tipo di patologia più frequente, alla disposizione della struttura e al genere di servizi sanitari erogati. In sintesi gli scopi prioritari sono:

1. mantenere l'efficienza organizzativa e complessiva del PS, facendo percepire all'utenza una buona organizzazione;
2. evitare il sovraffollamento;
3. valutare rapidamente tutta l'utenza che arriva in PS con mezzi propri, accompagnata, o con mezzi di soccorso;
4. individuare e attribuire a tutti i pazienti un codice di gravità per

regolare l'accesso alle cure medico-infermieristiche in relazione alla gravità della loro condizione;

5. operare una "ridistribuzione del tempo e delle risorse a favore di chi è più grave" e a svantaggio di chi non avrà comunque danno da un tempo maggiore di attesa;
6. ridurre l'ansia e migliorare la soddisfazione dei genitori dei bambini grazie a una informazione comprensibile e precisa;
7. umanizzare l'accettazione attraverso l'individuazione dei bisogni del malato;
8. ridurre le frustrazioni del personale;
9. ridurre il rischio di peggioramento dello stato clinico, attraverso la sorveglianza continua e l'assistenza rapida;
10. disincentivare l'accesso al PS dei pazienti "codice bianco" che richiedono prestazioni che possono essere erogate in sedi diverse (medico di base, ambulatori specialistici, servizi territoriali);
11. valutare la qualità dell'assistenza attraverso la compilazione della scheda di triage [5].

Requisiti dell'infermiere triagista

Durante il triage l'infermiere non fa diagnosi né terapia, né ricovera o dimette pazienti, ma formula "un giudizio di gravità clinica" basato sul sintomo principale riferito dal genitore del bimbo, sulla raccolta anamnestica di base e sulle principali caratteristiche delle condizioni; effettua una valutazione obiettiva in base alla rilevazione dei parametri vitali, del colorito cutaneo, della temperatura, della sudorazione, del livello di coscienza.

Gli infermieri che effettuano il triage lavorano con linee guida e protocolli sintetici, chiari e definiti in équipe insieme al personale medico che è responsabile del contenuto del protocollo; spetta invece all'infermiere triagista rispondere della corretta applicazione degli step operativi e della qualità degli interventi attuati [6].

Il livello di performance richiesto all'infermiere di triage dal punto di vista tecnico-assistenziale e relazionale è dunque certamente superiore a quello generalmente atteso dall'infermiere medio.

In generale, per l'infermiere di triage pediatrico sono necessarie le seguenti competenze:

- capacità nell'osservazione dello stato psicofisico dei bambini nelle diverse fasi evolutive e del controllo dei loro segni vitali;
- capacità di individuare a prima vista segni e sintomi di sofferenza nel bambino e le condizioni potenzialmente pericolose per la vita [7];
- capacità di affrontare problemi di diversa natura, come la gestione di numerosi pazienti con situazioni cliniche anche molto diverse tra loro;
- capacità di utilizzare specifiche tecniche relazionali, comunicative e di counselling nel regolare i rapporti con i bambini e con i loro familiari in situazioni critiche;
- capacità di utilizzo di apparecchiature elettromedicali particolari e complesse;
- elevata conoscenza e adeguato grado di responsabilità riguardo all'impiego e agli effetti dei farmaci di emergenza;
- capacità di agire in un contesto di nursing interventistico per rispondere a situazioni di emergenza e urgenza con azioni immediate e decisive.

Egli, quindi, deve possedere adeguati livelli di preparazione, professionalità ed esperienza.

Oltre al percorso formativo di base (laurea in Infermieristica pediatrica o in Infermieristica) l'infermiere di triage pediatrico deve avere una solida conoscenza delle specificità anatomico-fisiologiche e fisio-patologiche delle diverse fasi evolutive del bambino e delle principali patologie neonatali e pediatriche, eventualmente consolidata e approfondita in corsi post-base specifici, quali il Master in Infermieristica in area pediatrica o corsi di perfezionamento post-laurea. Inoltre deve avere:

- l'attestato PBLIS-D e possibilmente ATLS;
- frequentato uno specifico corso di formazione per infermieri di triage in PS;
- frequentato corsi specifici sulle tecniche relazionali, comunicative e di counselling;
- acquisito un'esperienza di almeno sei mesi in PS pediatrico;

– un'approfondita conoscenza delle procedure e delle tecniche di triage e del sistema organizzativo del servizio.

Accanto ai requisiti formativi ed esperienziali sono di fondamentale importanza anche le competenze relazionali, comunicative, cognitive e umane dell'infermiere.

Un recente studio ha suggerito, per la specifica professionalità di un infermiere di triage, la capacità di riflessione critica, l'intuizione, le caratteristiche cognitive soggettive e l'esperienza [8]. È stata anche sottolineata l'importanza di incorporare nelle competenze la capacità di erogare un'assistenza centrata sulla persona oltre che sulla prestazione tecnica [9].

Alcune di queste competenze vengono acquisite durante il percorso formativo di base e post-base: particolare importanza ha la padronanza delle più importanti tecniche comunicative e di counselling; altre competenze si sviluppano con il tempo e con la pratica clinica; altre, infine, fanno parte delle caratteristiche innate e individuali. Tra queste ultime di fondamentale importanza sono la motivazione e l'interesse per il proprio lavoro: occorre una forte convinzione e consapevolezza che la funzionalità del servizio e la sua efficienza sono legate in modo determinante alla qualità della prestazione erogata dagli operatori. Caratteristiche altrettanto importanti riguardano l'emotività e l'attitudine al dialogo, che possono essere migliorate sia attraverso l'esperienza sia partecipando a corsi specifici. L'infermiere di triage pediatrico deve infatti avere un ottimo controllo della propria emotività in situazioni quali gli eventi luttuosi, gli abusi sui bambini, l'agitazione dei pazienti e dei genitori. Deve saper compiere la sua opera professionale con scienza e coscienza e con cuore [10].

Il processo di triage

Le attività del triage avvengono in pochi minuti e si articolano in quattro fasi principali:

1. la valutazione "sulla porta";
2. la raccolta dati (valutazione soggettiva e oggettiva);
3. la decisione di triage;
4. la rivalutazione.

Si farà poi una eventuale modifica del codice di gravità (se durante la rivalutazione le condizioni sono mutate).

Durante il processo di triage viene adottato un sistema di documentazione, cartaceo o informatizzato, per registrare le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni intraprese. Ogni professionista sanitario ha l'obbligo di documentare tutte le azioni compiute durante il proprio lavoro, poiché serviranno sia a rafforzare le proprie scelte, sia a rendere più agevoli le possibili consegne e le successive rivalutazioni effettuate dagli altri operatori sanitari, sia per essere tutelato dal punto di vista medico-legale [11].

1. La valutazione "sulla porta"

Di fatto il triage inizia quando il bambino entra nel PS: rappresenta un momento fondamentale perché, oltre a identificare situazioni a rischio, l'infermiere "accoglie, prende in carico" il piccolo da assistere e stabilisce con i genitori, e in alcuni casi con il bambino, una comunicazione idonea e continua che è fondamentale per il buon esito del processo valutativo-assistenziale.

Poiché il bambino che accede al PS non deve essere considerato un "piccolo adulto", ne devono essere conosciute le specificità anatomo-fisiologiche e fisiopatologiche. La valutazione sulla porta è la fase in cui la sola rilevazione di pochi parametri consente di acquisire informazioni utili per la "decisione di triage". Occorrono perciò occhio clinico, rapidità d'interpretazione, esperienza e sensibilità.

L'infermiere deve osservare e valutare velocemente l'aspetto generale del bambino, cercando di rilevare problemi che richiedono interventi immediati.

La valutazione rapida segue la successione ABCDE del soccorso vitale:

- vie aeree (pervietà, rumori respiratori, sibili);
- respiro (presenza, qualità e frequenza respiratoria);
- circolo (presenza, frequenza cardiaca, valutazione della cute, tamponamento di ferite emorragiche massive);
- stato neurologico (con scala AVPU: *Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*);
- esposizione [12].

Il codice gravità può essere attribuito immediatamente (se l'infermiere rileva già in fase iniziale condizioni di rischio per la vita), oppure assegnato dopo una

più accurata valutazione durante tutta l'intervista e l'interazione tra infermiere, bambino e familiare.

L'obiettivo del triage sulla porta è quello di individuare i pazienti in pericolo di vita, facendosi un'idea generale sulle condizioni di chi accede al PS. In questa fase di prima accoglienza è di grande importanza far percepire ai genitori che il bambino è stato "preso in carico" da parte della struttura sanitaria e dall'équipe del PS stesso; perciò l'infermiere deve avere la capacità di mantenere sempre e comunque un atteggiamento calmo, rassicurante e deciso per ottenere la fiducia della famiglia.

2. La raccolta dati

La raccolta dati è la fase più importante e impegnativa. Consente di rilevare notizie molto utili ai fini dell'anamnesi. Qui entra in gioco l'abilità dell'infermiere di triage nel formulare l'intervista e nell'osservazione. L'obiettivo è quello di poter raccogliere un numero sufficiente di notizie utili, riconducibili al problema manifestato dal bambino all'arrivo in PS. L'infermiere procede alla raccolta dati che si articola nella valutazione soggettiva e oggettiva.

La valutazione soggettiva viene effettuata mediante intervista: l'infermiere interroga il bambino (laddove lo sviluppo raggiunto lo consenta), i genitori o gli accompagnatori e/o il personale del soccorso extraospedaliero al fine di determinare gli elementi utili all'inquadramento rapido del paziente stesso.

Il sintomo principale: è il problema dominante (spesso risulta essere l'unico) che ha spinto i genitori a rivolgersi al PS. Si tratta di una breve dichiarazione che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza.

L'evento principale: circostanza dell'evento, tempi di insorgenza dei sintomi, localizzazione del problema dominante, meccanica del trauma, dinamica dell'evento, progressione dei sintomi dall'insorgenza all'arrivo in ospedale, trattamento effettuato prima di arrivare in PS.

La valutazione del dolore: la ragione più comune di entrata in PS è l'insorgenza/persistenza di un sintomo doloroso e l'infermiere ha la responsabilità di indagare sul sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione. Per raggiungere questo obiettivo viene utilizzato l'acronio-

mo PQRST che suggerisce un metodo sistematico per una valutazione veloce del dolore [13]:

- **P** (*Provokes*) provocato/alleviato: *cosa ha scatenato il dolore? Cosa lo fa migliorare o peggiorare?*
- **Q** (*Quality*) tipo: *che tipo di dolore è? Cosa si prova?*
- **R** (*Radiates*) irradiazione/regione interessata: *indicami la zona in cui hai dolore? Lo senti in qualche altra parte?*
- **S** (*Severity*) gravità: *quanto è intenso il dolore? In un scala da 0 = assenza di dolore a 10 = peggiore dolore possibile, il tuo dolore quanto è?*
- **T** (*Time*) tempo: *quando è cominciato il dolore? è costante o intermittente?.*

Gli elementi rilevati con la valutazione del dolore tramite l'uso delle scale del dolore presenti in PS contribuiscono enormemente alla decisione di triage. È necessario ricordare che il dolore è un'esperienza soggettiva soprattutto per i bambini, che hanno una percezione del dolore differente dagli adulti e utilizzano terminologie ed espressioni proprie (si veda anche *Quaderni acp* 2010;17:116). Bambini affetti da alterazioni dello stato di coscienza possono presentare una maggiore tolleranza o una diminuita percezione del dolore. Il suo precoce riconoscimento è perciò uno dei primi mattoni per la costruzione di una relazione di fiducia fra il bambino e lo staff del PS [14]. *I sintomi associati*: il passaggio successivo alla rilevazione del sintomo principale e della valutazione del dolore è quello di indagare sulla presenza di altri segni che possono essere correlati alle condizioni del paziente, e che quest'ultimo non ha spontaneamente descritto. È indispensabile che l'infermiere individui anche quei sintomi che il paziente considera minori, ma che possono risultare fondamentali per l'assegnazione del codice colore.

Il vissuto del bambino: precedenti malattie, farmaci assunti, allergie, vaccinazioni. La valutazione oggettiva è costituita dall'esame fisico e dalla documentazione portata dai genitori.

Si rileveranno i dati osservabili (come appare il paziente), i dati misurati (parametri vitali) e i dati ricercati (esame mirato). Per compiere l'esame fisico mirato, si utilizza una successione mnemonica alfabetica simile a quella della fase sulla porta:

- A - vie aeree
- B - respiro
- C - circolo
- D - deficit neurologici
- E - esposizione
- F - febbre
- G - parametri vitali.

Mentre la valutazione "sulla porta" è principalmente visiva, l'esame fisico è più accurato e richiede la ricerca di segni specifici. È da ricordare che a tutti i bambini che accedono al PS, indipendentemente dal codice colore, deve essere sempre misurata la temperatura corporea. Al termine del processo di valutazione si procede alla decisione di triage.

3. La decisione di triage

Il triagista, in base alla valutazione fatta nelle precedenti fasi, decide quale priorità ha il bambino esaminato nei confronti di coloro che sono in attesa per essere inviati in seguito alla visita. L'assegnazione del codice colore è lo strumento che il triagista ha per comunicare la decisione assunta a terzi, utenti, familiari ed équipe di trattamento. Si tratta di un mezzo di rapida interpretazione che riassume in maniera chiara, rapida e inequivocabile quanto è presumibilmente "grave", ovvero prioritario rispetto ad altri, un bimbo da lui valutato. Il codice può essere variato dall'infermiere in qualunque momento, cioè sia durante l'attesa, se vi sono variazioni significative nelle condizioni del paziente, sia al momento della rivalutazione. Il genitore deve essere informato sul codice assegnato e sui corrispondenti tempi di attesa e devono anche essere presenti opuscoli informativi nella sala di attesa.

Il bambino sottoposto al triage deve essere allocato nel giusto posto, per il giusto motivo, nel giusto tempo e con la giusta assistenza. A tal proposito, nella maggior parte delle realtà italiane, tra le metodiche di assegnazione del codice di gravità e secondo i criteri definiti dal decreto del Ministero della Salute 15/5/92, è stato adottato un sistema di classificazione a 4 categorie, sotto forma di codici colore [2].

Tale metodologia risulta essere semplice, pratica, immediata, visivamente efficace e meglio comprensibile agli utenti, anche stranieri.

CODICE ROSSO - immediato pericolo di vita - Destinato a pazienti più gravi con compromissione di almeno una funzione vitale (respiratoria, cardio-circolatoria, nervosa) e/o alterazione di uno o più parametri vitali (FC, FR, PA, TC, scala del coma di Glasgow).

Il PS blocca la propria attività e riceve il paziente approntando l'ambulatorio a maggior tecnologia disponibile. L'accesso alle aree di trattamento è immediato e non vi è tempo di attesa. La rivalutazione è continua.

CODICE GIALLO - potenziale pericolo di vita - Attribuito ai bambini in cui vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale. L'accesso alle aree di trattamento è immediato compatibilmente ad altre emergenze in atto (tempo di attesa minore di 10 minuti). La rivalutazione avviene ogni 5-15 minuti.

CODICE VERDE - urgenza differibile - Assegnato ai pazienti che non presentano compromissione dei parametri vitali, con coscienza integra e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento clinico. L'accesso alle aree di trattamento avviene dopo i codici rossi e gialli (tempi di attesa minore di 60 minuti). Il bimbo va rivalutato ogni 30-60 minuti.

CODICE BIANCO - non urgenza - Attribuito ai bambini che richiedono prestazioni sanitarie che non rivestono alcuna urgenza o emergenza e per le quali sono normalmente previsti percorsi alternativi (medico di base, ambulatori specialistici, consultori ecc.). L'accesso per questi pazienti avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi. Di norma sono presenti protocolli interni che indicano eventuali percorsi alternativi. La rivalutazione avviene almeno ogni 120 minuti o su richiesta del genitore.

4. La rivalutazione

È un momento cruciale del triage, soprattutto per le strutture che, per l'alto numero di accessi, hanno lunghi tempi di attesa. L'infermiere deve monitorare continuamente l'area di triage anche mentre svolge altri compiti: il codice colore non è una etichetta immodificabile, essendoci sempre la possibilità di una evoluzione peggiorativa o migliorativa del quadro clinico. Lo scopo della rivalutazione è quello di evitare aggravamenti durante l'attesa e mantenere un adeguato codice di gravità per ogni bimbo precedentemente visitato. È prevista dalle

linee guida nazionali come garanzia sia per l'utente in fase di attesa sia per lo stesso operatore di triage [15].

Conclusioni

L'attività di triage, dunque, rappresenta per l'infermiere del PS pediatrico un punto tra i più avanzati della sua professionalità in quanto viene svolta in piena autonomia e in assenza del medico. L'adozione di protocolli e linee guida univoche e condivise a livello regionale, ma adattate alle esigenze della realtà in cui si opera e approvate dalla direzione ospedaliera, consente all'infermiere di svolgere la propria attività in piena sicurezza non solo da un punto di vista medico-legale, ma anche perché la ricerca è ormai concorde sul fatto che la loro applicazione riduce i rischi da sovrastima o sottostima, essendo le decisioni prese convalidate dal protocollo stesso [16].

Le doti di "occhio clinico" necessarie al triage non s'imparano soltanto con le tecniche formative tradizionali, ma vanno vissute e interiorizzate sul campo. Accanto a questo sono altrettanto importanti un solido bagaglio di conoscenze nell'area pediatrico-neonatale e nell'area critica, la capacità di trasmettere ai genitori sicurezza e la percezione che l'équipe del PS stia facendo tutto il possibile per affrontare i problemi del bimbo e rispondere ai suoi bisogni. Allo stesso tempo il triagista deve avere la capacità di mantenere sempre un comportamento professionale e controllato perché lo stare continuamente a diretto contatto con l'utente, il rassicurare, il sedare l'ansia dei genitori dei bimbi, il far fronte a situazioni di panico, l'essere coinvolti in discussioni inutili o polemiche determinano una situazione di maggior stress rispetto agli altri colleghi del PS. È utile, perciò, una profonda conoscenza di se stessi e delle proprie emozioni. Per raggiungere questo scopo occorre un'adeguata formazione in ambito pediatrico che va costruita nel tempo, attraverso un iter formativo che parte da una buona preparazione assistenziale di base (pediatria generale e chirurgica) fino ad arrivare a una preparazione specialistica in area critica pediatrica.

In Italia esistono 13 ospedali pediatrici. La maggioranza degli accessi di bambini al Pronto Soccorso avviene quindi nei PS di ospedali generali. Salvo casi sporadici, gli ospedali generali non sono dotati

di un PS pediatrico e i loro DEA/PS sono variamente organizzati per la presa in carico del bambino che accede in urgenza, attraverso reperibilità, consulenze e talora guardie interne attivate con i medici delle rispettive UO di pediatria. La progressiva riduzione di risorse a disposizione dei sistemi sanitari regionali, unita al fenomeno già visibile e crescente della diminuzione dei pediatri in attività, lascia immaginare una crescente difficoltà degli ospedali generali a garantire servizi specifici di presa in carico clinica rivolti ai bambini nei DEA/PS [17]. In questo contesto, l'infermiere pediatrico e l'infermiere specialista in area pediatrica con competenze avanzate di triage potrebbero rappresentare un'utile risorsa a disposizione per garantire un'adeguata presa in carico del bambino acuto che accede al PS. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano: McGraw-Hill, 2002.
- [2] Costa M. Il Triage. Milano, McGraw-Hill 1997.
- [3] Hostetler MA, Mace S, Brown K, et al. Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:507-15.
- [4] Ministero della Salute. Linee guida "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992. Roma, 1996.
- [5] Fabbri C. L'Infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica. Repubblica di San Marino. Maggioli, 1995.
- [6] AAVV. Tecniche infermieristiche. Milano, Masson 2002.
- [7] NA. Matching nurses, skill sets spells ED success. *ED Manag* 2008;20(7):82-3.
- [8] Smith A, Cone KJ. Triage decision-making skills: a necessity for all nurses. *J Nurses Staff Dev* 2010;26:E14-19.
- [9] McBrien B. Translating change: the development of a person-centred Triage training programme for emergency nurses. *Int Emerg Nurs* 2009;17(1):31-7.
- [10] AAVV. Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto. Firenze, Rosini 1994.
- [11] Chioldo E. Emergenza sanitaria: responsabilità e competenze. Pistoia, Nanni 1998.
- [12] IRC. Nuovo Manuale PTC base. Bologna, IRC 2007.
- [13] Dalton A, Limmer D. *Advanced Medical Life Support*. Centro scientifico Editore, 2006.
- [14] Brunner S. *Nursing Medico-Chirurgico*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana 2001.
- [15] Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson 2002.
- [16] <http://simeup.com> (accesso 23/10/2009).
- [17] Siani P, Cirillo G. Il ricovero dei bambini in ospedale. *Quaderni acp* 2004;11(3):103-5.

COME ISCRIVERSI ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2010 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri e per non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru, 6
Narbolia (OR)

indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota.

Per iscriversi la prima volta, dopo avere versato la quota come sopra indicato, occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41

oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista "Quaderni acp"

e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale "La sorveglianza della letteratura per il pediatra" e la Newsletter "FIN DA PICCOLI"

del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri.

Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.

info: notizie

Nello Martini non doveva essere rimosso dall'AIFA

Due anni fa abbiamo assistito alle gravissime imputazioni di "disastro colposo" della Procura di Torino contro Nello Martini, ex direttore dell'AIFA. L'8 luglio il Giudice dell'udienza preliminare di Roma ha stabilito il non luogo a procedere dichiarando insussistenti e prive di fondamento le accuse e le imputazioni che a Martini erano state rivolte. Si chiude qui questa vicenda surreale. La sentenza del GUP non cancella i danni arrecati all'AIFA e a coloro che con l'AIFA hanno collaborato e hanno dovuto pagare le conseguenze della storia montata. A Martini e a tutti loro va la solidarietà di questa rivista che si è più volte occupata di questa triste vicenda.

Carenza di pediatri. Quante cose non sa Fazio?

Il problema esiste, dice Fazio. Come si fa? Semplice: "affidare questo problema alle Regioni perché possano procedere, a parità di altre condizioni, a sostituire un bambino di età maggiore di 6 anni con un bambino di età inferiore ai 6" (Il Sole24OreSanità 2010;16-22/2). Geniale no? In questo modo gradualmente tutti i bambini sopra i 6 anni passeranno ai medici generici. Successivamente alla Camera il 13 febbraio ha suggerito di "incoraggiare la mobilità dei pediatri a vantaggio delle Regioni che hanno carenze di organico" lasciando tutto alla decisione del singolo pediatra. Le UTP? I NCP? Le case della salute? Le aggregazioni territoriali? Il radiologo Fazio non le conosce.

Effetti collaterali da passeggio

Dodici dita tranciate ad altrettanti bambini nella chiusura di un passeggio della McLaren (made in Cina) hanno consigliato la ditta a ritirarne dal commercio un milione (Altroconsumo 2010;1:5).

Le pagelle ai dipendenti

Con un accordo fra Governo, Agenzia sanitaria, FIASO e 17 Aziende sanitarie si comincerà a dare i giudizi a medici, infermieri, tecnici e amministrativi (ottimo, buono, soddisfacente, migliorabile). Si tratta di un voto complessivo su capacità tecniche, cortesia, puntualità, disponibilità verso i cittadini. Dopo sette mesi di

sperimentazione si passerà a una quota di remunerazione sulla base dei voti. La riforma Brunetta deve essere recepita dalle Regioni prima di entrare in vigore. Esistono numerose perplessità per quei dipendenti che, in base alla riforma, non percepirebbero alcuna remunerazione accessoria perché classificati come "migliorabili" (Il Sole24OreSanità 2010;26/1-1/2).

Troppi antibiotici: allerta resistenze

Nel 2008 il 44% degli assistiti ha ricevuto, dalla medicina territoriale, almeno una prescrizione di antibiotico con un maggiore impiego in età pediatrica (53%) e negli anziani (50%). I picchi sono associati alla stagionalità (quando sono più frequenti le infezioni virali!). Il 90% delle prescrizioni è dovuto a penicilline, macrolidi, chinolonici e cefalosporine: questi ultimi due di rara indicazione in medicina generale. Le maggiori prescrizioni sono per l'apparato respiratorio (40%), urinario (18,4%), digerente (13,6%). Nove Regioni hanno prescritto più del 44% della media: Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Molise, Lazio, Abruzzo, Umbria, Calabria, Campania e Sicilia hanno prescritto il doppio rispetto alle Regioni con le minori prescrizioni (Bolzano, FVG). Circa le resistenze dimostrate: *E. Coli* è resistente per il 38% ai fluorochinoloni, la *Klebsiella pneumoniae* per il 30% alle cefalosporine di 3ª generazione, lo *stafilococco* per il 40% alla meticillina (1° Rapporto OSMED) (Il Sole24OreSanità 2009;22-28/12:6).

Sicurezza alimentare

Nel corso del 2009 sono state 3204 le notifiche comunitarie di rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, con una diminuzione delle segnalazioni per frutta secca e snack e un aumento per i prodotti della pesca, integratori e dietetici; invariate quelle per frutta fresca e vegetali. È quanto emerge dall'edizione 2009 della relazione sul sistema di allerta comunitario sugli alimenti, pubblicata dal Ministero della Salute, che contiene le irregolarità raccolte dal sistema rapido di allerta comunitario, un network al quale partecipano Commissione europea, Autorità europea per la sicurezza alimentare e Stati membri dell'Unione. Secondo i dati raccolti i più frequenti contaminanti microbiologici sono risul-

tati la *Salmonella*, la *Listeria* e le larve di *Anisakis*. Micotossine (specie nella frutta secca), residui di fitofarmaci, metalli pesanti e migrazioni di materiali a contatto con gli alimenti, i più diffusi contaminanti chimici. In diminuzione le notifiche di allerta legate alla melamina. Tra le notifiche complessive, l'Italia ne ha effettuate 472 (pari al 14,7%), risultando il primo Paese membro nel numero di segnalazioni inviate. Per quanto riguarda l'origine, i prodotti nazionali che sono emersi essere irregolari sono stati 98, risultando l'Italia il quarto Paese comunitario per numero di notifiche ricevute dopo la Germania, la Francia e la Spagna. Considerando, invece, anche i Paesi terzi, lo Stato che ha ricevuto il maggior numero di notifiche per prodotti non regolari è la Cina seguita da Turchia, Stati Uniti e India (http://ec.europa.eu/food/food/rapidalert/index_en.htm; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1182_allegato.pdf).

Qualità percepita

Secondo l'indagine CENSIS 2009 la qualità percepita come "buona" dalla popolazione è quella sotto indicata (in %) (Il Sole24OreSanità 2010/20-26/4):

	MMG	PdF	Osp.	Cure dom.
Nord Ovest	56,4	56,4	46,3	39,4
Nord Est	52,3	52,7	42,9	39,5
Centro	47,4	46,3	32,6	29,1
Sud Isole	29,2	26,2	15,7	12,9

Survey dell'OMS sui parti

Una vasta indagine è stata svolta dall'OMS in diverse Nazioni di Africa, America latina e Asia nel 2007-08 sui differenti modi di partorire e sugli outcome a questi legati. I dati riportati nella prima survey riguardano l'Asia (Cambogia, Cina, India, Giappone, Nepal, Filippine, Sri Lanka). I parti esaminati con dati completi sono stati 108.000. La percentuale di cesarei (TC) è stata del 27,3% (14,7% in Cambogia, 46,2% in Cina). La Cina ha anche il record (11,7%) dei TC senza indicazioni. Il risultato qualitativamente migliore è quello del Giappone: TC totali 19,8%, di cui il 13,9% con indicazioni antepartum e il 5,9% con indicazioni intrapartum. Le motivazioni più frequenti al ricorso al TC sono: precedente TC (24,2%), sproporzione cefalopelvica

sulla salute

(22,6%), distress fetale (20,5%), presentazioni anomale (12,5%). La percentuale di parto operativo vaginale (POV) è stata del 3,3%. I rischi di mortalità e morbilità materna, ricovero in terapia intensiva (TIN), trasfusioni, isterectomia erano aumentati per il POV con un OR di 2,1 (IC 1,7-2,6). Per il TC l'OR era diverso a seconda delle diverse indicazioni: decisione prima del parto senza indicazioni (2,7), con indicazioni (10,6), intrapartum senza indicazioni (14,2), con indicazioni (14,5). Il TC in presenza di presentazione di podice era associato a un miglioramento delle condizioni del neonato (OR 0,3), ma a una maggiore durata del ricovero in TIN (OR 2,0) (Lancet 2010; 375:490-99).

Linee guida COPE

I motivi di rifiuto alla pubblicazione di articoli sulle riviste sono di diverso tipo. Sono stati valutati da alcune delle 122 riviste del COPE (*Code of Conduct of the Committee of Publication Ethics*) nel 2004. I motivi del rifiuto per 395 articoli erano scorrettezza scientifica (27%), errori "onesti" inerenti al calcolo o alla sperimentazione (28%), dati "fabbricati" (5%), falsificazioni (4%), ripetizione di pubblicazione (16%), ridondanza (17%), inaccuratezza (4%), dati non replicabili (11%). Il rifiuto è un processo complicato, *time consuming*, investe i rapporti con i revisori e non sempre la direzione può essere sicura del *peer referee* che è stato scelto, in quanto lo stesso *referee* può essere caduto in scorrettezze, pur lavorando in cieco. Non sempre gli Autori concordano con le critiche; in caso di non concordanza sono i revisori a dovere condurre la discussione, ma la decisione definitiva deve spettare al direttore, il quale, però, non può non ripercorrere il percorso della discussione fra revisori e Autori. Il caso di azioni legali da parte degli Autori di lavori rifiutati può avere senso nel caso ci sia stata una palese scorrettezza da parte dei revisori e del direttore. Tutti questi problemi hanno spinto il COPE a elaborare delle linee guida sulle motivazioni per respingere gli articoli (http://publicationethics.org/files/u2/New_Code).

Brain Gain Initiative

Una iniziativa dell'UNESCO per arginare l'esodo dei ricercatori dai Paesi africani è la *Brain Gain Initiative* (BGI), pro-

mossa all'inizio del 2010 in collaborazione con un'azienda che produce PC. L'Africa perde ogni anno circa 4 milioni di dollari per la fuga di cervelli. L'iniziativa consentirà ai ricercatori l'accesso online alla letteratura; verranno organizzati corsi a distanza e laboratori virtuali. La BGI fornirà hardware, tecnologie di rete, ma anche finanziamenti: una università del Burkina Faso utilizzerà le risorse tecnologiche e finanziarie per preparare un modello di comportamento degli inquinanti del fiume Sourou. Un progetto pilota si è svolto negli ultimi 3 anni in Algeria, Ghana, Nigeria, Senegal e Zimbabwe. Nel 2010 saranno coinvolte 15 università africane e medio-orientali (Le Scienze 2010;2:33).

Potenza di Farmindustria (tedesca)

Peter Sawichi è, dal 2004, il capo dell'Istituto per la efficienza e la qualità del Servizio Sanitario tedesco, che decide quali farmaci sono a carico dello Stato. Ha avuto un lungo scontro circa la valutazione degli studi che Farmindustria produceva per l'ingresso dei farmaci nel prontuario. Gli industriali del farmaco, alla fine della "guerra", hanno ottenuto che Sawichi non prolunghi il suo incarico dopo la scadenza, che è prevista per metà 2010 (Lancet 2010;375:540).

EBM in Cina

In un comment di *Lancet*, Jiaoo Wang (Università di Shanghai) esamina la situazione della EBM in Cina. Jiaoo Wang sottolinea che l'EBM si è propagata abbastanza rapidamente in Cina negli ultimi 10 anni. Sono nate riviste dedicate alla EBM e fra queste il *Chinese Journal of Evidence Based Pediatrics*; è stato inaugurato il Chinese Cochrane Center e un EBM Committee della China Medical Doctor Association. Vi è stato un forte incremento dei clinical trial: da pochissimi nel 2004 a 350 nel 2008. È in atto un conflitto fra EBM e la medicina tradizionale cinese nella quale è, però, aumentato il rigore. Il problema è reso difficile dalla scarsa conoscenza dell'inglese nei medici più anziani e quindi dall'uso non generalizzato di Medline. Ancora scarso è il contributo cinese alle pubblicazioni su riviste rigorose: solo lo 0,21% degli articoli pubblicati da *NEJM*, *JAMA* e

Lancet è di Autori cinesi. Il rigore, specialmente statistico, non è comune nelle riviste cinesi, in genere facilmente preda delle compagnie che producono farmaci. Le riviste ignorano i criteri di accettazione tipo CONSORT o PRISMA e c'è scarsa attenzione per le regole etiche nella ricerca (Lancet 2010;375:532).

L'angolo della poppata

Il progetto "L'angolo della poppata", nato sulla scorta dell'esperienza maturata alla Fiera del Libro di Torino 2009, ha vinto il concorso "Da Idea Nasce Cosa" (<http://www.torino-internazionale.org/prs>), primo bando di idee per la qualità della vita e la coesione sociale sul territorio del comune di Torino e dei territori metropolitani adiacenti. Il progetto riprende l'iniziativa "L'angolo della poppata" che Il leone verde Edizioni e Il Bambino Naturale hanno offerto durante la Fiera del Libro di Torino 2009: uno spazio dedicato ai genitori in attesa o con bimbi sotto i due anni di età, allestito con sedie comode per allattare, un grande tappeto su cui gattonare, un fasciatoio attrezzato, acqua, tisane e libri sull'argomento "bimbi", da consultare. Quante volte si è cercato invano un fasciatoio nei bagni di un museo o di una fiera? E quante volte un piccolo spazio tranquillo per allattare? Da queste considerazioni nasce il progetto volto a predisporre piccoli spazi attrezzati per accogliere genitori e bimbi per il tempo di un cambio, una poppata o un attimo di svago per i più piccini: oasi tranquille nell'inevitabile caos di luoghi molto frequentati, che fanno la differenza nel decidere se andare o meno a fare un giro con pargolo a seguito.

Progetto innovativo di raccolta differenziata

Il 30 gennaio 2010 ha aperto a Niscemi, in provincia di Caltanissetta, il primo Ecopunto. Un negozio, finanziato e gestito direttamente dalla Cooperativa LiberAmbiente, che acquista carta, plastica, alluminio, acciaio, che poi baratta con generi alimentari di prima necessità. L'inaugurazione rappresenta un momento importante per la crescita e il potenziamento della raccolta differenziata in Sicilia, all'insegna della qualità della vita, della legalità e dello sviluppo sostenibile.

La sedazione procedurale nel 2010: principi generali

Laura Badina, Marta Minute, Egidio Barbi
Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Università di Trieste

Abstract

Procedural sedation 2010

The demand of diagnostic and therapeutic procedures performed on children outside of the operating room and the intensive care unit has increased substantially in recent years. At the same time the management of acute pain and emotional distress related to such procedures has become a primary goal for paediatricians. The availability of non-invasive monitoring, short-acting opioids and sedatives has broadened in different settings the possibilities of sedation and analgesia practiced by non anaesthesiologists. An appropriate management of sedation is important in order to avoid adding further risks to normal procedures. A standard approach is mandatory to provide safety and efficiency. This paper reviews the different aspects of sedation and analgesia performed by paediatricians for invasive and non-invasive procedures, as patients' selection and assessment, specific personnel training, monitoring tools and the prevention of potential complications.

Quaderni acp 2010; 17(4): 162-167

Key words Procedural sedation. Painful procedures. Distress

Le indicazioni alle procedure di tipo diagnostico-terapeutico da eseguire al di fuori della sala operatoria e della terapia intensiva si sono fatte sempre più numerose in anni recenti anche in ambito pediatrico. Parimenti è aumentata la necessità di trattare il dolore acuto, l'ansia e la paura correlate a tali pratiche mediche. La disponibilità di attrezzature per il monitoraggio non invasivo e di farmaci oppiacei e sedativi ad azione ultrarapida ha aperto la possibilità ai non anestesisti di praticare la sedazione procedurale in diversi ambiti clinici. Una gestione ottimale della sedazione rimane altresì fondamentale, in modo da non aggiungere ulteriori rischi a quelli intrinseci alle procedure stesse. Un approccio standardizzato è indispensabile per assicurare efficacia e sicurezza. Questo articolo valuta i diversi aspetti della sedazione procedurale gestita da non anestesisti, dalla selezione dei pazienti alla formazione del personale, dagli strumenti di monitoraggio alle diverse evenienze da prevenire.

Parole chiave Sedazione procedurale. Procedure dolorose. Distress

Perché ne parliamo?

In anni recenti le indicazioni alle procedure diagnostico-terapeutiche di tipo invasivo si sono fatte sempre più numerose, sia per l'ottimizzazione delle linee guida che per l'ampia disponibilità sul territorio di strumentazioni sofisticate. Parimenti è aumentata la consapevolezza che tali procedure richiedano un trattamento di tipo analgesico-ansiolitico, essendo fonti di dolore, ansia e paura per i pazienti, e in particolare per quelli pediatrici, soprattutto dopo che molti miti e pregiudizi sul dolore nel bambino sono stati definitivamente sfatati.

Anche se il paziente pediatrico è svantaggiato, rispetto all'adulto, nella comunicazione verbale del proprio dolore, è ormai noto che i bambini sono in grado di pro-

vare dolore fin dalla nascita, con risposte anche amplificate agli stimoli nocicettivi, e di memorizzare le esperienze dolorifiche con possibili ripercussioni comportamentali sia a breve che a lungo termine.

Il dolore da procedura diagnostico-terapeutica trova un posto ben preciso nella classificazione clinica del dolore, accanto alle forme acute, croniche e terminali, per le sue caratteristiche peculiari: il ruolo importante della componente emotiva (ansia anticipatoria, paura, ricordo spiacevole di esperienze precedenti) e la sua natura iatrogena che ne permette una corretta profilassi.

Quando il dolore da procedura invasiva è adeguatamente trattato, l'ansia e la paura che lo accompagnano diminuiscono significativamente e aumenta la possibilità

per l'operatore di eseguire con successo la procedura, anche in quei bambini dai quali, per la giovane età o per il temperamento, non è possibile ottenere collaborazione. Un'adeguata integrazione delle tecniche non farmacologiche (efficaci soprattutto sulla componente emotiva del dolore) e farmacologiche (dagli anestetici locali ai farmaci sedativi) ponderate sull'età del bambino e sul grado di invasività della procedura permette di raggiungere tali obiettivi.

Il ricorso alla sedazione profonda (necessaria per le procedure più invasive quali endoscopie digestive, rachicentesi, aspirati midollari, biopsie di organi interni) con conservazione della respirazione spontanea, e la disponibilità di farmaci sedativi a breve durata d'azione, hanno facilitato l'approccio alle procedure invasive, ma con la grossa restrizione data dalla limitata disponibilità dei servizi di anestesia generale impegnati nell'attività della sala operatoria.

La possibilità di ricorrere alla sedazione profonda al di fuori della sala operatoria e nell'ambito stesso del reparto pediatrico può migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza, riducendo le liste d'attesa e semplificando l'organizzazione di ripetute procedure invasive. Negli ultimi anni è sorta una fiorente letteratura sulle esperienze e sulle linee guida per la gestione della sedazione procedurale da parte di personale non anestesista, adeguatamente preparato a riconoscere prontamente e a trattare gli eventuali effetti collaterali, al fine di trovare un giusto equilibrio tra la sicurezza e il comfort del maggior numero possibile di pazienti.

Cos'è la sedazione?

La sedazione è uno stato medicalmente indotto di depressione della coscienza che varia con continuità dall'ansiolisi all'anestesia generale, attraverso stadi definiti solo convenzionalmente ma, nella realtà, non nettamente suddivisi (*tabella 1*). Infatti la persona sedata può passare da uno stadio all'altro di depressione

Per corrispondenza:
Egidio Barbi
e-mail: ebarbi@libero.it

aggiornamento avanzato

TABELLA 1: DEFINIZIONE DEGLI STADI DI SEDAZIONE (DA VOCE BIBLIOGRAFICA 1)

SEDAZIONE MINIMA o ANSIOLISI = Stato di depressione della coscienza indotto farmacologicamente, durante il quale il paziente è in grado di rispondere normalmente ai comandi verbali. Nonostante le funzioni cognitive e la coordinazione motoria possano risultare compromesse, la funzionalità respiratoria e cardiovascolare sono totalmente conservate.

SEDAZIONE MODERATA (nota in passato come **SEDAZIONE COSCIENTE**) = Depressione farmaco-indotta della coscienza, durante la quale i pazienti rispondono adeguatamente a comandi verbali, spontaneamente o sollecitati con un leggero stimolo tattile. Per i pazienti più grandi questo grado di sedazione implica un rapporto interattivo; per i più piccoli si verificano e sono attesi comportamenti adeguati all'età quali il pianto. Il riflesso di retrazione dallo stimolo doloroso non può essere considerato al pari di una risposta volontaria. Non è necessario alcun intervento per mantenere la pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea è adeguata. La funzione cardiovascolare è solitamente mantenuta. In ogni caso, qualora la procedura stessa possa causare un'ostruzione delle vie aeree (per esempio endoscopia o interventi dentari), sarà il medico a doverla riconoscere e assistere il paziente nell'apertura delle vie aeree. Se il paziente non fa sforzi spontanei per aprire le vie aeree e risolvere l'ostruzione, deve essere considerato come profondamente sedato.

SEDAZIONE DISSOCIATIVA = Stato catalettico indotto dalla ketamina e caratterizzato da profonda analgesia e amnesia, con mantenimento dei riflessi protettivi delle vie aeree, della respirazione spontanea e della stabilità cardiopolmonare.

SEDAZIONE PROFONDA = Depressione farmaco-indotta della coscienza, durante la quale i pazienti non possono essere facilmente risvegliabili ma rispondono adeguatamente a seguito di ripetute stimolazioni verbali o dolorose. La capacità di mantenere autonomamente la funzione ventilatoria può essere ridotta. I pazienti possono avere bisogno di assistenza nel mantenere la pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea può essere inadeguata. La funzione cardiovascolare è normalmente mantenuta. Tale condizione può essere associata a una perdita parziale o totale dei riflessi di protezione delle vie aeree.

ANESTESIA GENERALE = Perdita di coscienza farmaco-indotta, durante la quale i pazienti non sono risvegliabili nemmeno con stimoli dolorifici. La capacità di mantenere spontaneamente la funzione ventilatoria è spesso compromessa. In genere i pazienti richiedono assistenza per mantenere la pervietà delle vie aeree e può essere necessaria una ventilazione a pressione positiva per la depressione spontanea della ventilazione spontanea o per la depressione farmaco-indotta della funzione neuromuscolare. La funzionalità cardiovascolare può essere compromessa.

della coscienza in base alle concentrazioni che nei diversi momenti il farmaco raggiunge a livello cerebrale; compito del medico è monitorare questa evoluzione garantendo l'adeguatezza della sedazione senza scivolare negli stadi più profondi dove il rischio di effetti collaterali, in particolare la perdita dei riflessi protettivi delle vie aeree, si fa più consistente. Va inoltre sottolineato come lo stato di anestesia generale possa essere raggiunto con qualunque farmaco ipnotico, non essendo il *continuum* della sedazione farmaco-specifico [1-2]. Per tale motivo la maggior parte delle linee guida fa riferimento al grado di profondità di sedazione indotto, piuttosto che al farmaco da somministrare [3-4].

La scelta del livello di profondità della sedazione da raggiungere nelle singole procedure rimane materia di dibattito [5]. Molti fattori dovrebbero essere considerati, come le condizioni generali del paziente (classificazione dell'American Society of Anesthesiology [ASA] (*tabella 2*), il tipo di procedura, il grado di collaborazione del bambino, le preferenze del paziente e dei genitori dopo che siano stati loro spiegati i criteri di scelta e i rischi, la preferenza del medico che deve

effettuare la procedura, basata anche sull'esperienza [6]. Vi è un generale consenso sul fatto che l'anestesia generale sia necessaria per le procedure terapeutiche complesse, per i pazienti con problemi neurologici o ad alto rischio di complicazioni cardiopolmonari e per bambini non collaboranti per i quali la sedazione procedurale abbia fallito [7]. Negli altri casi le scelte possono essere discordanti e non ci sono ancora linee guida universalmente riconosciute. Nel bambino più grande e collaborante e per procedure poco invasive la letteratura consiglia di ricorrere a un livello di sedazione moderato, come definito in *tabella 1*; in questo modo è possibile ottenere l'analgesia con un rischio minimo di complicanze cardiorespiratorie. Quando invece le procedure sono estremamente dolorose (ad esempio: riduzione di fratture, aspirati midollari, biopsie epatiche, ecc.) e accompagnate da un elevato grado di ansia e paura (anche nei bambini più grandicelli che abbiano avuto esperienze precedenti spiacevoli), o quando il bambino è piccolo e non collaborante, è necessario ricorrere alla sedazione profonda che, per i maggiori rischi intrinseci di depressione cardiorespiratoria, richiede

una preparazione specifica del personale negli interventi di *advanced life-support* (incluso l'intubazione e la rianimazione cardiopolmonare) [1-8-9]. Recenti evidenze in letteratura documentano in ogni caso, anche mediante il monitoraggio elettroencefalografico dinamico (bispectral index), che nei pazienti pediatrici non è possibile parlare di sedazione moderata, in quanto, per ottenere un'adeguata immobilità del bambino per l'esecuzione della procedura, si scivola inevitabilmente in uno stato di sedazione profonda/anestesia generale anche quando tale stato non è evidente clinicamente [10-11]. Le principali indicazioni all'analgesia e sedazione procedurale sono riportate in *tabella 2*.

Chi può eseguire la sedazione procedurale?

Se fino a pochi anni fa la gestione della sedazione profonda era riservata ai soli medici anestesisti, nell'ultimo decennio questo panorama è andato modificandosi insieme alla consapevolezza che le risorse anestesilogiche non sono sufficienti a coprire l'attuale fortissima domanda di sedazione [12]. Attualmente in letteratura sono sempre più numerosi gli Autori

TABELLA 2: INDICAZIONI ALLA SEDAZIONE PROCEDURALE (ADATTATA DA VOCE BIBLIOGRAFICA 1)

Contesto clinico	Indicazioni	Richieste per la procedura
Procedure non invasive	Ecocardiografia, TAC, RMN, SPECT, PET, Clisma opaco e altre metodiche contrastografiche	Immobilizzazione
Procedure cui si associano un basso livello di dolore e un elevato livello di ansia	Medicazione e sutura di ferite semplici Procedure dentarie Laringoscopia Rimozione di corpo estraneo Posizionamento di ago-cannula endovenoso Puntura lombare Irrigazione oculare Flebotomia	Sedazione Ansiolisi Immobilizzazione Analgesia topica (quando possibile)
Procedure cui si associa un livello elevato di dolore e ansia	Incisione e drenaggio di ascessi Artrocentesi Aspirato midollare Medicazione di ustioni con asportazione di tessuto necrotico Cateterizzazione cardiaca Cardioversione Posizionamento di catetere venoso centrale Endoscopia Rimozione complesse di corpo estraneo Riduzione di fratture o lussazioni Riduzione di ernie Medicazione e sutura di ferite complesse Paracentesi Riduzione parafimosi Toracocentesi Toracotomia Esame obiettivo genitale in caso di abuso sessuale	Sedazione Ansiolisi Analgesia Amnesia Immobilizzazione

che considerano come valida alternativa l'opzione di una sedazione gestita da non anestesisti, tanto che i termini di questa pratica vengono definiti in alcune linee guida nazionali, tra cui quelle australiane, israeliane e tedesche [13-14-15]. Inoltre, numerose casistiche valutano l'efficacia e la sicurezza di tale approccio: tra esse, relativamente all'utilizzo del *propofol*, citiamo quella triestina (*Box*) e quella decisamente più consistente pubblicata da Vespasiano e colleghi nel 2007 [16-17-18]. Tutto ciò ha portato alla necessità di individuare dei requisiti particolari per chi si occupa di sedazione procedurale, in maniera da offrire, accanto ai vantaggi in termini di gestione del dolore nella routine ospedaliera, gli stessi standard di efficacia e soprattutto di sicurezza della sedazione gestita da personale anestesista.

I requisiti minimi che sono sottolineati in tutti i lavori sull'argomento sono quelli di un'adeguata preparazione nella gestione della criticità correlata all'uso di farmaci sedativi (identificazione e tratta-

BOX: L'ESPERIENZA TRIESTINA

A Trieste è stato sviluppato un programma formativo e assistenziale comune secondo il quale il pediatra in formazione, dopo aver conseguito la certificazione PALS (Pediatric Advanced Life Support), svolge un periodo di training nell'ambito della Scuola di Specialità che prevede 4 settimane in sala operatoria e successivamente una settimana in affiancamento a un pediatra anestesista esperto in sedazione procedurale. Al termine di questo periodo di preparazione, per circa 3 mesi, lo specializzando in pediatria gestisce da solo diverse sedazioni procedurali al giorno (endoscopie, procedure dolorose oncologiche, diagnostica per immagini), andando a sviluppare in sostanza una vera e propria curva di apprendimento. Il percorso formativo è mirato a rendere il pediatra in grado di riconoscere e trattare le complicanze che possono insorgere in corso di sedazione, in particolare i problemi respiratori da depressione centrale o da inalazione e quelli a carico della funzione cardiocircolatoria. I protocolli di selezione dei pazienti, modalità d'uso dei farmaci, standard di monitoraggio sono condivisi con il personale della rianimazione e un supporto anestesilogico in caso di emergenze o complicanze è sempre garantito in tempo reale. Nella nostra realtà questo permette l'esecuzione di 500 procedure in sedazione profonda gestita al di fuori della sala operatoria. Nei 10 anni trascorsi da quando questo progetto è stato avviato sono state effettuate più di 5000 procedure e nessun bambino è mai stato incubato, né tanto meno ha presentato complicanze che hanno richiesto il ricovero in terapia intensiva o esiti neurologici. In sole 5 occasioni è stato richiesto il supporto anestesilogico per la condivisione nella gestione di urgenze, per lo più secondarie alla procedura e non alla sedazione (3 episodi di laringospasmo di difficile trattamento e un'emorragia digestiva alta in corso di gastroscopia; una perforazione colica durante una colonscopia), pari a 1 chiamata ogni 1000 procedure in sedazione.

mento delle complicanze cardiorespiratorie, comprese la depressione respiratoria, l'apnea, l'ostruzione delle vie aeree,

l'emese e l'ipersalivazione) e alla procedura in questione da parte del medico che esegue la sedazione e del personale infer-

mieristico che lo assiste. Di fatto è utile, se non addirittura fondamentale, la creazione di una “unità di sedazione pediatrica” interdisciplinare, garantendo una preparazione omogenea di tutti coloro che vi partecipano e fornendo adeguati strumenti per il monitoraggio e protocolli per l’uso dei farmaci, la selezione e il monitoraggio dei pazienti condivisi con gli anestesisti.

I requisiti richiesti al personale non anestesista di una “unità di sedazione pediatrica” possono essere così riassunti:

- certificazione PALS o equivalente;
- training specifico in Unità di Terapia Intensiva o in Sala Operatoria, focalizzato in particolare all’acquisizione delle tecniche di ventilazione assistita e di intubazione;
- capacità di monitorare costantemente i parametri vitali;
- filo diretto con un anestesista immediatamente reperibile al bisogno.

In quali pazienti la sedazione può essere gestita da non anestesisti?

Un altro elemento importante è l’adeguata valutazione e selezione dei pazienti, dato che è innegabile che esistano situazioni di malattia di base per le quali è necessario eseguire le procedure in sedazione in ambiente protetto, ovvero in sala operatoria.

Queste condizioni vengono stratificate secondo uno score di rischio anestesiológico stabilito dall’ASA (American Society of Anesthesiologists) e sviluppato su cinque livelli (*tabella 3*). Sebbene la maggior parte degli studi sulla sedazione procedurale al di fuori della sala operatoria riguardi pazienti delle classi ASA I e II, vi sono dati che suggeriscono come questa possa essere sicura anche nei pazienti con comorbilità (ASA III) [1-19]. Accanto a questa valutazione generale, l’anamnesi e un attento esame obiettivo sono indispensabili per escludere una serie di possibili controindicazioni alla sedazione [20] (*tabella 4*).

Infine andrebbe rilevata l’ora dell’ultimo pasto. Infatti, secondo le linee guida dell’ASA per la sedazione in occasione di procedure elettive, sarebbero necessarie 2-3 ore di digiuno dai liquidi chiari, 4 ore dal latte materno e fino a 8 ore per il latte vaccino e i cibi solidi [21]. Tale raccomandazione è però debole, non sup-

TABELLA 3: CLASSIFICAZIONE: LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANESTESIOLOGICO [1-3]

Classe	Definizione	Esempio
I	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica	Anamnesi patologica negativa
II	Malattia sistemica lieve, senza limitazioni funzionali	Epilessia controllata, storia di bronchiti asmatiche o asma lieve intermittente, anemia, diabete mellito controllato
III	Malattia sistemica severa, con limitazioni funzionali specifiche	Obesità medio-grave, asma moderato-severo, epilessia mal controllata, polmonite, diabete mellito mal controllato
IV	Malattia sistemica grave con prognosi severa che pregiudica la sopravvivenza	Sepsi, displasia broncopolmonare grave, grado avanzato di insufficienza d’organo
V	Malattia sistemica grave con prognosi severa nelle 24 ore	Shock settico, politrauma grave
E	Paziente che necessita d’intervento chirurgico d’urgenza	

TABELLA 4: PRINCIPALI CONTROINDICAZIONI ALLA SEDAZIONE (ADATTATA DA VOCE BIBLIOGRAFICA 19)

Alterazioni a carico delle vie aeree: ogni attuale o potenziale ostruzione (es: russamento o stridore, ipoglossia o macroglossia)

Periodi di **apnea** correlati a danno cerebrale o precedente trattamento farmacologico

Patologia sistemica: sepsi, shock, disidratazione o disionemia

Patologie respiratorie: saturazione d’ossigeno minore del 94% in aria ambiente, insufficienza respiratoria (elevata frequenza respiratoria, ossigeno-terapia), incapacità di tossire o piangere

Iperensione endocranica

Epilessia: episodio convulsivo recente, precedenti esacerbazioni di crisi convulsive per azione di farmaci sedativi, necessità di rianimazione durante crisi convulsiva nel mese precedente

Rischio di aspirazione polmonare di materiale gastrico: distensione addominale, reflusso gastroesofageo e vomito, volumi apprezzabili drenati da sondino naso-gastrico

Patologia metabolica, epatica o renale grave che richieda somministrazione di liquidi o glucosio, emodialisi o dialisi peritoneale

portata da sufficiente letteratura; anzi, ampi studi prospettici sulla sedazione procedurale e l’analgesia non hanno dimostrato alcuna associazione fra il periodo di digiuno e l’insorgenza di effetti collaterali [22-23]. È comunque consigliato rispettare i tempi di digiuno per le procedure elettive.

Il tipo di procedura da eseguire potrebbe rappresentare un altro parametro da considerare. L’utilizzo di *propofol*, per esempio, risulta associato a un numero

maggior di complicanze respiratorie (in particolare laringospasmo e transitoria desaturazione arteriosa di ossigeno), più frequenti in corso di endoscopie del tratto digestivo superiore rispetto a quanto si verifica in corso di colonscopia o di altre procedure dolorose [16-17]. Anche lo studio di Pitetti e colleghi, condotto in un Pronto Soccorso, ha evidenziato un’incidenza di complicanze minore in corso di sutura o puntura lombare rispetto ad altre procedure come la riduzione di fratture o

il posizionamento di drenaggi [24]. In tutti questi studi le complicanze sono state comunque transitorie e non danno se per il paziente e i lavori citati rafforzano l'idea dell'efficacia e della sicurezza della sedazione procedurale condotta da non anestesisti anche in corso di procedure più invasive sulle vie aeree (gastroscopia) o eseguite in emergenza.

Come vanno monitorati i bambini durante la sedazione?

Durante la sedazione il paziente va costantemente osservato, esaminando in particolare il viso e la bocca del bambino e il colorito e controllando i movimenti del torace, pronti a cogliere segni di fatica respiratoria o rumori patologici. Tale osservazione non dovrebbe mai essere ostacolata, a meno di forze di causa maggiore come durante l'esecuzione di una risonanza magnetica.

L'area dedicata alle procedure in sedazione deve essere equipaggiata per la ventilazione assistita e la rianimazione: maschera Venturi con pallone Ambu di dimensioni appropriate, erogatore di ossigeno, aspiratore e necessario per l'intubazione endotracheale. Mentre non vi sono evidenze che il monitoraggio elettrocardiografico continuo abbia un'utilità in questo ambito in assenza di patologia cardiovascolare di base, facilmente disponibile, semplice ed efficace è il monitoraggio della saturazione di ossigeno mediante l'ossimetro pulsatile, tenendo però a mente che il saturimetro ha una latenza nel riconoscimento dell'apnea che può arrivare fino ad alcune decine di secondi. Un ulteriore margine di sicurezza viene raggiunto mediante il ricorso alla capnografia che, attraverso la misurazione della CO₂ di fine espirio (EtCO₂), risulta più precisa e tempestiva nel riconoscimento delle apnee.

I segni vitali (respiro, polso, pressione arteriosa) vanno rilevati prima, durante e alla fine della procedura, e all'inizio e alla fine del periodo di osservazione che deve seguire la sedazione. Nella sedazione profonda e nei bambini con patologia respiratoria o cardiovascolare di base i segni vitali andrebbero rilevati almeno ogni 5 minuti [25]. Il rischio maggiore di complicanze lo si ha nei 5-10 minuti che seguono la somministrazione endovenosa del farmaco e subito dopo la fine della procedura, quando vengono a mancare una serie di stimoli prima assicurati dallo svolgersi della procedura stessa.

Molti farmaci sedativi possono essere somministrati anche per via orale, nasale, rettale o intramuscolare, ma nella sedazione profonda e in caso si preveda la somministrazione di dosi ripetute del sedativo è necessario incannulare sempre una via venosa.

Sull'utilità della somministrazione di ossigeno la letteratura è discordante. La respirazione spontanea di ossigeno con alta FiO₂ (pallone, maschera e fonte con reservoir) per 3 minuti (o la ventilazione a paziente sedato) porta a un aumento dell'ossigeno polmonare ("denitrogenizzazione"), aumentandone la riserva in caso di apnea. La somministrazione di ossigeno in respiro spontaneo può diminuire l'incidenza e la severità dell'ipossiemia, ma potrebbe anche alterare il rilevamento di un'apnea con l'ossimetro pulsatile per cui, ancora di più in questo caso, è necessario osservare i movimenti toracici e valutare l'ingresso d'aria a livello alveolare mediante l'ascoltazione [3]. Il monitoraggio è fondamentale per riconoscere e trattare precocemente le complicanze che possono verificarsi nel paziente in stato di sedazione [26] (tabella 5).

Quali evenienze devono essere previste in corso di sedazione?

Gli eventi più importanti che possono verificarsi in corso di sedazione sono riportati in tabella 5.

La condizione più temibile e frequente è quella della perdita dei riflessi protettivi delle vie aeree con conseguente inalazione in caso di vomito, motivo per cui viene data tanta enfasi al digiuno pre-sedazione. In ogni situazione occorre prevedere l'evenienza del vomito, soprattutto in caso di ventilazione con maschera che, se sostenuta, può determinare la distensione gassosa dello stomaco. È pertanto importante tenere sempre il paziente sul fianco laddove possibile, avere un aspiratore a disposizione e saper eseguire al bisogno la manovra di Sellick, comprimendo l'esofago e riducendo il rischio di rigurgito.

La depressione del centro del respiro con conseguente perdita dell'autonomia respiratoria dipende da alcuni fattori cruciali quali la velocità d'infusione del farmaco, la dose e l'associazione di farmaci diversi. In linea generale l'infusione, soprattutto quella della dose d'induzione, deve essere lenta, a dosaggio ridotto nei lattanti e con monitoraggio più attento non solo nella fase d'induzione della sedazione, ma anche alla fine della proce-

TABELLA 5: POTENZIALI COMPLICANZE ASSOCIATE ALLA SEDAZIONE

Sedazione inefficace
Ostruzione delle vie aeree
Depressione respiratoria con ipossiemia
Broncospasmo/laringospasmo
Aggressività o delirio (reazioni paradosse)
Disturbi del ritmo cardiaco
Metaemoglobinemia
Flebiti (descritte solo per il diazepam)
Reazioni allergiche
Polmonite da aspirazione
Arresto cardiaco

dura, quando viene meno lo stimolo doloroso sul drive respiratorio.

L'ipotonia della muscolatura che si verifica in corso di sedazione può causare un'ostruzione delle vie aeree, peggiorata da possibili altri fattori come, per esempio, l'importante ipertrofia adenotonsillare o l'infiltrazione leucemica dell'anello di Waldeyer.

In caso di ostruzione il capo va riposizionato in iperestensione, va praticata la ventilazione con pallone e maschera per mantenere pervie le vie aeree grazie alla pressione positiva e va considerata la possibilità di utilizzare una cannula oro-naso-faringea per mantenere la pervietà riacquistata.

Il laringospasmo può essere secondario a manovre di stimolo sulle vie aeree (gastroscopia) e necessita di una ventilazione a pressione positiva.

Il problema dell'ipotensione si pone soprattutto nel bambino critico (shock settico, bambino con patologia oncologica) in cui vi è un'azione sinergica fra i farmaci (*propofol*, ma anche oppioidi e *midazolam*) e l'instabilità emodinamica data dalla patologia di base. In queste situazioni è preferibile l'utilizzo della *ketamina* per la sua azione intrinseca di tipo simpaticomimetico.

Infine in corso di sedazione, l'ipossia e l'ipercapnia non controllate possono causare vasodilatazione cerebrale e aumento secondario della pressione intracranica. Nei pazienti a rischio di ipertensione endocranica per la malattia di base un'attenta gestione di pervietà delle vie aeree e degli scambi respiratori è ancora più importante.

Quali sono i criteri per la dimissione?

Dopo la sedazione deve seguire un periodo di osservazione durante il quale continua il monitoraggio del bambino finché questi non sia vigile e orientato e i segni vitali siano stabili. Il paziente può essere dimesso alla fine del periodo di osservazione quando siano presenti ed evocabili il riflesso della tosse, del vomito e della deglutizione; quando abbia recuperato totalmente la capacità di movimento corrispondente all'età e sviluppo psico-fisico, e in assenza di nausea e vomito. Naturalmente i segni vitali devono essere stabili e va verificata la capacità di bere e mangiare del piccolo paziente. Un aiuto può essere fornito da scale per il monitoraggio della sedazione come l'Aldrete scoring system (tabella 6): un punteggio di 9-10 è compatibile con la dimissione [27]. In caso di sedazione per procedure ambulatoriali può essere utile fornire ai genitori delle raccomandazioni scritte sulla dieta post-sedazione, la valutazione del livello di attività e un numero di telefono cui rivolgersi in caso di dubbi o complicanze tardive.

Quali le conclusioni?

La sedazione procedurale può essere eseguita da non anestesisti, purché adeguatamente qualificati e in un regime di monitoraggio costante, ma resta fondamentale che i protocolli di selezione dei pazienti e delle procedure e quelli di gestione dei farmaci vengano condivisi con i dipartimenti di Anestesia. ♦

Bibliografia

[1] Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet* 2006;367:766-80.
 [2] Coté CJ, Karl HW, Notterman DA, et al. Adverse sedation events in pediatrics: analysis of medications used for sedation. *Pediatrics* 2000;106: 633-44.
 [3] Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. An update report by the American Society of Anesthesiologists' Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002;96:1004-17.
 [4] American Academy of Pediatrics; American Academy of Pediatric Dentistry, Coté CJ, Wilson S; Work Group on Sedation. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Paediatr Anaesth* 2008;18:9-10.
 [5] Crock C, Olsson C, Phillips R, et al. General anaesthesia or conscious sedation for painful procedures in childhood cancer: the family's perspective. *Arch Dis Child* 2003;88:253-7.
 [6] Proudfoot J. Analgesia, anesthesia and conscious sedation. *Emerg Clin North Am* 1995;13:357-70.
 [7] Tolia V, Peters JM, Gilger MA. Sedation for pediatric endoscopic procedures. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;30:477-85.

TABELLA 6: ALDRETE SCORING SYSTEM

ITEMS	Descrizione	Punteggio
Attività (capacità di movimento spontaneo o a comando)	Tutti e 4 gli arti	2
	2 arti	1
	Nessun arto	0
Respirazione	Capacità di respirare profondamente e di tossire conservata	2
	Dispnea o respiro superficiale	1
	Apnea	0
Circolazione	P.A. + 20 mmHg rispetto al valore pre-sedazione	2
	P.A. + 20-50 mmHg rispetto al valore pre-sedazione	1
	P.A. + 50 mmHg rispetto al valore pre-sedazione	0
Livello di coscienza	Paziente completamente sveglio	2
	Paziente risvegliabile con stimolo verbale	1
	Paziente non responsivo	0
Colorito cutaneo	Normale (roseo)	2
	Pallido, bronzino, itterico, pletorico, altro	1
	Cianotico	0

P.A. = Pressione arteriosa

[8] Cohen LL, Blount RL, Cohen RJ, et al. Children's expectations and memories of acute distress: short- and long-term efficacy of pain management interventions. *J Pediatr Psychol* 2001;26:367-74.
 [9] Maxwell LG, Yaster M. The myth of conscious sedation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150: 665-6.
 [10] Dial S, Silver P, Bock K, et al. Pediatric sedation for procedures titrated to a desired degree of immobility results in unpredictable depth of sedation. *Pediatr Emerg Care* 2001;17:414-20.
 [11] Reeves ST, Havidich JE, Tobin DP. Conscious sedation with propofol is anything but conscious. *Pediatrics* 2004;114:e74-6.
 [12] Barbi E, Gerarduzzi T, Marchetti F. Managing chronic pain in children and adolescents: procedural sedation should be considered. *BMJ* 2003;327:681.
 [13] Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA), Gastroenterological Society of Australia (GESA) and Royal Australasian College of Surgeons. Document PS9 2008-Guidelines on Sedation and/or Analgesia for Diagnostic and Interventional Medical or Surgical Procedures. <http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/ps9.html>.
 [14] Israel Ministry of Health. Pediatric sedation by non-anesthesiologists: policy statement 35/2003. http://www.health.gov.il/download/forms/a1353_mr35_03.pdf.
 [15] Riphaus A, Wehrmann T, Weber B, et al. S3 Guideline: sedation for gastrointestinal endoscopy 2008. *Endoscopy* 2009;41:787-815.
 [16] Barbi E, Gerarduzzi T, Marchetti F, et al. Deep sedation with propofol by nonanesthesiologists: a prospective pediatric experience. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1097-103.
 [17] Barbi E, Petaros P, Badina L, et al. Deep sedation with propofol for upper gastrointestinal endoscopy in children, administered by specially trained

pediatricians: a prospective case series with emphasis on side effects. *Endoscopy* 2006;38:368-75.
 [18] Vespasiano M, Finkelstein M, Kurachek S. Propofol sedation: intensivists' experience with 7304 cases in a children's hospital. *Pediatrics* 2007;120:e1411-7.
 [19] Miner JR, Martel MI, Meyer M, et al. Procedural sedation of critically ill patients in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2005;12:124-28.
 [20] Sury MRJ, Hatch DJ, Deeley T, et al. Development of a nurse led sedation service for paediatric magnetic resonance imaging. *Lancet* 1999; 353:1667-71.
 [21] American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacological agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology* 1999;90:896-905.
 [22] Roback MJ, Bajaj L, Wathen JE, et al. Procedural fasting and adverse events in procedural sedation and analgesia in a pediatric emergency department: are they related? *Ann Emerg Med* 2004;44:454-49.
 [23] Ghaffar S, Haverland C, Ramaciotti C, et al. Sedation for pediatric echocardiography: evaluation of preprocedure fasting guidelines. *J Am Soc Echocardiogr* 2002;15:980-83.
 [24] Pitetti RD, Singh S, Pierce MC. Safe and efficacious use of procedural sedation and analgesia by nonanesthesiologists in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1090-6.
 [25] Committee on Drug, Section of Anesthesiology. Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation and general anesthesia in pediatric patients. *Pediatrics* 1985;76:317-21.
 [26] Tolia V, Peters JM, Gilger MA. Sedation for pediatric endoscopic procedures. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;30:477-85.
 [27] Chung F. Discharge criteria: a new trend. *Can J Anaesth* 1995;42:1056-8.

Rino Vullo, un Maestro

Con Rino Vullo ci ha lasciato un vero precursore della moderna pediatria. Nell'epoca "pre-ACP", alla fine degli anni '60, dopo un fecondo soggiorno di studio negli USA, fu tra i primi a comprendere la limitatezza della cultura e della ricerca pediatrica italiana che si riduceva alla pubblicazione di riviste di spessore fortemente provinciale. Fu allora fatta nascere *Prospettive in Pediatria* appunto da Rino Vullo, Franco Panizon e Fabio Sereni con l'aspirazione a essere rivista di aggiornamento "alto", sul tipo di *Pediatric Clinics of North America*, un contenitore di rassegne derivanti da solidi articoli di letteratura di lingua inglese. Una rivista costruita da quarantenni con collaboratori ancora più giovani. Un atto di coraggio per l'impegno da approfondire e per le ovvie ostilità che avrebbe suscitato nel provinciale mondo accademico. Un'impresa sostenuta da una industria farmaceutica (Italseber) con un totale disinteresse, come solo allora poteva succedere. Poi venne nel 1974 la fondazione della *Rivista Italiana di Pediatria*: dopo le rassegne un contenitore per ricerche



Rino Vullo al 1° convegno delle Giornate Pediatriche Cesenati (1974) di cui fu un appassionato ispiratore.

rigorose con la introduzione, per la prima volta in Italia, dei referee. E, ancora una volta, Vullo, Panizon e Sereni furono tra i primi a idearla e sostenerla. Poi, nel 1978, venne la *Pediatria di base* e si pose il problema della in/formazione dei nuovi pediatri. *Medico e Bambino* fu la scelta strategica e Vullo fu fra gli artefici. Questa necessità di diffondere cultura fuori dall'ospedale è stata, da sempre, uno dei suoi obiettivi. Prima a Cesena poi a Ferrara, dove fu primario, istituì riunioni di incontro fra pediatri interni ed esterni, che erano allora liberi professionisti. A Cesena questi incontri, iniziati nel 1967, continuano ancora oggi.

Fin dalla terza riunione affidò a un pediatra non ospedaliero la presentazione di un aggiornamento: si trattava

del piede piatto. A Ferrara prese il testimone dal prof. Ortolani sulla LCA e sulla talassemia. Li portò avanti con un successo straordinario di cui Ferrara gli è grata perché da molti anni non ci sono più casi di talassemia; e il centro per la LCA ha avuto riconoscimenti internazionali.

Non stupisce chi lo conobbe che questo avvenisse con una straordinaria modestia e senza la voglia di comparire, quasi scusandosi di essere un protagonista. Insignito del premio "Medico d'Italia Carlo Urbani" per il programma di profilassi della talassemia diceva che "il risultato è stato reso possibile da chi è venuto prima di me, da chi mi ha affiancato nel periodo in cui ho retto il Centro per la cura e la profilassi della talassemia"; e ricordava, sperando di non dimenticare nessuno, il prof. Marino Ortolani, il prof. Barraï, il prof. Gandini, il ginecologo prof. Bovicelli, la dott. Bernadette Modell di Londra, il medico che gli era succeduto nel primariato, le biologhe e i medici del Laboratorio, i medici e i laboratoristi dell'Istituto di Genetica Medica, la Banca del sangue e anche l'artigiano che aveva ideato la pompa per trasfusioni di piccole dimensioni e di basso costo (il calcolo del costo è stato un suo problema da sempre) e anche l'appoggio dell'Amministrazione ospedaliera. E aggiungeva che, oltre a collaboratori coscienti, vi erano stati poi molti "fattori favorenti".

Li elencava minuziosamente e concludeva che "Io, forse, ho avuto soltanto il merito di aver piantato il seme della speranza".

Negli ultimi anni insegnava bioetica all'Università di Ferrara, al Magistero. Con la solita modestia, non più stupefacente, diceva di insegnare una materia "che non so proprio e che devo studiare", ma il suo approccio nell'affrontare i problemi nel concreto, e non nell'empirico, come di solito usa fare chi non sa, era riuscito a coinvolgere i suoi studenti in una nuova avventura. Modestia e disinteresse, perché pur avendone possibilità, non ha voluto per sé pingui ambulatori, ma – ovunque sia stato – un reparto pronto a visitare chi aveva bisogno. Modestia, disinteresse e poi impegno. Sapeva vedere lontano nella ricerca e nella pratica professionale e, senza voli, con la terragna volontà dei sardi, sapeva portare al successo quel che faceva.

Tutto questo chiedeva sommestamente ai suoi allievi, capace anche di coglierne i passi falsi e di farli rilevare, talora con durezza. Di tutti seguiva il cammino con una presenza non interferente; era certo che avrebbero poi fatto da soli. Chi è stato suo allievo, e oggi lo piange, sentiva di potere avere una sola speranza: somigliargli. E dispiace, dispiace molto, di non averglielo detto. Lo ha capito lo stesso, vero, carissimo, indimenticabile prof.?

gc.b.



La febbre: un sintomo frequente non sempre di facile interpretazione

Valentina Bonifacci, Giulia Guerrini, Roberta Burnelli

Clinica Pediatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Abstract

Fever is a common symptom but its interpretation is not always so easy

A case of a 7-year-old male is reported with fever every month and neutropenia observed during a routine control. We value the differential diagnosis for periodic fevers. According to the clinical presentation and after the exclusion of other more frequent causes, we hypothesize Hyper-IgD Syndrome and Cyclic Neutropenia. Neither cyclic-ity nor Hyper-IgD Syndrome's genetic mutation were found so we hypothesize a Chronic Benign Neutropenia of infancy and childhood.

Quaderni acp 2010; 17(4): 169-171

Key words Periodic fever. Neutropenia. Hyper-IgD Syndrome. Cyclic Neutropenia. Chronic Benign Neutropenia of infancy and childhood

Viene descritto il caso di un bambino di 7 anni con episodi mensili di iperpiressia e per il riscontro occasionale di neutropenia. In considerazione del quadro clinico ed escluse le cause più frequenti di febbre, ci si è indirizzati verso la sindrome da iper-IgD e la neutropenia ciclica. In assenza del riscontro di una ciclicità della neutropenia e in mancanza della mutazione genetica classica per la sindrome da iper-IgD è stata ipotizzata una neutropenia benigna cronica dell'infanzia.

Parole chiave Febbre periodica. Neutropenia. Sindrome da iper-IgD. Neutropenia ciclica. Neutropenia benigna cronica dell'infanzia

Il caso

Corrado giunge alla nostra osservazione all'età di 7 anni per episodi mensili di febbre (T max 40 °C), comparsi da circa un anno, e per il riscontro occasionale di leucopenia e neutropenia relativa (GB 2360/ μ l e PMN 780/ μ l). Gli episodi, (durata media di 4-5 giorni) sono preceduti da astenia e inappetenza, talvolta si associano a dolore addominale o iperemia del rinofaringe e presentano quasi sempre risoluzione spontanea. L'anamnesi personale è negativa. Il fratello maggiore a 12 anni era stato indagato per riscontro occasionale di leucopenia (GB 3000/ μ l) con neutropenia relativa e lieve piastrinopenia, senza riscontro di patologia. Il quadro si era poi normalizzato. Il padre presenta una conta leucocitaria totale ai limiti inferiori della norma, senza neutropenia relativa.

Corrado è in buone condizioni, peso e altezza al 50° percentile. Obiettività normale. Micropoliadenia laterocervicale, faringe roseo, masse muscolari normorappresentate. Prime indagini: indici di flogosi negativi (PCR 0,1 mg/dl e VES

19 mm), così come il tampone faringeo per streptococco β -emolitico di gruppo A e l'emocoltura. Negativa la ricerca per gli autoanticorpi antinucleo (ANA), anti-muscolo liscio (ASMA), anti-citoplasma dei neutrofili (c-ANCA anticorpi anti-proteinasi 3 e p-ANCA anti-mieloperoxidasi); immunoglobuline totali e sottopopolazioni linfocitarie nella norma. Ricerca di anticorpi anti-granulociti neutrofili con presenza di IgG a debole reattività. Per verificare una neutropenia ciclica si eseguono controlli seriatati della conta e della formula leucocitaria: nonostante la neutropenia sia più volte riscontrata (valori tra 590-1270/ μ l), non presenta un andamento ciclico e non è mai associata a clinica significativa. C'è invece un aumento delle IgA (318 mg/dl; v.n. 1-236) e delle IgD (196,15 U/ml; v.n. \leq 99 U/ml) confermato nei controlli successivi (221,3 U/ml).

La diagnosi possibile

La febbre è un segno comune e un problema quotidiano per il pediatra, in gran parte legata a infezioni virali o batteriche

diagnosticabili con la clinica e/o il laboratorio di primo livello (tabella 1). Talora si presentano uno o più episodi apparentemente inspiegabili [1] e il problema diagnostico deve essere guidato da un'approfondita anamnesi (storia familiare, caratteristiche degli episodi febbrili e dei periodi intercritici, sintomatologia associata, accrescimento staturponderale) e dall'esame obiettivo. Il riscontro di episodi febbrili ricorrenti, con insorgenza ciclica, può orientare verso una delle forme di febbre periodica. Eccettuata la presenza di una infezione, si devono anche escludere una malattia infiammatoria cronica, una malattia autoimmune o una forma neoplastica. Una febbre periodica di lunga durata senza una significativa compromissione dello stato generale difficilmente si associa a una di queste eziologie [2].

Le febbri periodiche sono un gruppo di patologie con peculiari caratteristiche cliniche: sono ricorrenti a esordio acuto, che persistono per qualche giorno fino ad alcune settimane, con intervalli asintomatici di durata variabile. Tra le cause più comuni di febbre ricorrente ricordiamo la *sindrome PFAPA* (febbre periodica, stomatite aftosa, faringite e adenite), forma non ereditaria, probabilmente associata a una disregolazione del sistema immune. Colpisce solitamente bambini di età inferiore ai 5 anni. La diagno-

TABELLA 1: PRINCIPALI FORME DI FEBBRE PERIODICA EREDITARIA

Febbre Mediterranea Familiare
Sindrome Periodica Associata al Recettore del Fattore di crescita tumorale
Criopirinopatie
Sindrome da iper-IgD
Neutropenia ciclica

Per corrispondenza:
Valentina Bonifacci
e-mail: valecri11@gmail.com

il caso che insegna

si è clinica e risponde prontamente a un'unica somministrazione di prednisone che però non interferisce sulla ricorrenza degli episodi febbrili che tendono a scomparire spontaneamente. Altre forme di più raro riscontro vengono definite febbri periodiche ereditarie. Si tratta di "disordini autoinfiammatori" su base genetica, scatenati da meccanismi endogeni sconosciuti e caratterizzati da un alterato controllo del processo infiammatorio (tabella 1) [3].

La *Febbre Mediterranea Familiare (FMF)* è una malattia autosomica recessiva (AR), dovuta a difetto del gene MEFV sul cromosoma 16. È presente solitamente in popolazioni mediterranee con episodi febbrili di breve durata (minore di 4 giorni), coinvolgimento delle sierose e dermatite erisipelatoide. Complicanza frequente è l'amiloidosi sistemica. La *Sindrome Periodica Associata al Recettore del fattore di crescita tumorale (TRAPS)*, si trasmette con modalità autosomica dominante (AD) ed è legata alla mutazione del gene per il recettore del TNF localizzato sul cromosoma 12.

Gli attacchi febbrili possono persistere per settimane e nella maggior parte dei casi si associano congiuntivite e artromialgie. Durante gli attacchi sono stati talvolta riscontrati elevati livelli di IgD e IgA, che tuttavia rimangono a valori inferiori rispetto a quelli riscontrati nella sindrome da iper-IgD. Le *Criopirinopatie* sono un gruppo eterogeneo di malattie rare a trasmissione AD, dovute a diverse mutazioni a carico del gene CIAS1 sul cromosoma 1. La varietà fenotipica delle sindromi è legata alla variabile attività dell'enzima mutato e lo spettro clinico diviene progressivamente ingravescente. La sintomatologia dell'*Orticaria Familiare a Frigore (FCAS)* è scatenata da variazioni della temperatura ambientale, tipica è la comparsa di un rash maculo-papulare ritardato non pruriginoso. Nella *Sindrome di Muckle-Wells (MWS)* la temperatura non svolge un ruolo scatenante; spesso vi è una progressiva sordità neurosensoriale e complicanza frequente è l'amiloidosi, nel 25% localizzata a livello renale. Infine, la *Sindrome da Infiammazione Cronica*

Neurologica, Cutanea e Articolare (CINCA) si contraddistingue per la presenza di un esantema a esordio neonatale, artropatia deformante a carico delle ginocchia e interessamento del sistema nervoso centrale. La *Sindrome da iper-IgD* è una malattia a trasmissione AR il cui difetto genetico è una mutazione a carico del gene che codifica per la mevalonico-chinasi (MVK), codificata sul cromosoma 12 e indispensabile per la sintesi degli isoprenoidi e del colesterolo. Sono state descritte finora più di 30 mutazioni: la più comune (V377I) riguarda l'80-90% dei pazienti [1]. L'esordio è solitamente nel primo anno di vita. La febbre è associata spesso a linfadenopatia laterocervicale, dolori addominali con vomito e/o diarrea, epatosplenomegalia, poliartralgie simmetriche e rash eritematoso. Il dato laboratoristico caratterizzante è il livello aumentato di IgD (più di 100 UI/ml) nei soggetti con più di 3 anni di età. Inoltre nell'82% dei casi sono presenti anche valori elevati delle IgA sieriche. La *Neutropenia ciclica* si trasmette con modalità AD ed è legata a mutazioni del gene ELA2 localizzato sul cromosoma 19. Si caratterizza per stomatite aftosa, foruncolosi e flogosi delle prime vie respiratorie. È possibile l'insorgenza di infezioni batteriche severe, in particolare otiti, polmoniti ed enterocoliti necrotizzanti. Caratteristica è la condizione di neutropenia documentata durante l'attacco febbrile, tipicamente periodico. Per fare diagnosi è necessario monitorare settimanalmente l'emocromo per evidenziare la ciclicità della neutropenia [4].

L'ipotesi diagnostica

Escluse cause infettive, malattie infiammatorie croniche e neoplastiche e autoimmuni, in considerazione della storia familiare, dell'età del paziente, del benessere nei periodi intercritici e dell'assenza di peculiari manifestazioni associate, in particolare di tipo dermatologico, neurologico e articolare, l'orientamento si è rivolto verso una febbre periodica esplorando la possibilità di una *PFAPA*, di una *sindrome da iper-IgD* e di una *neutropenia ciclica*.

- La *PFAPA* è stata esclusa perché generalmente insorge in bambini più piccoli e

per l'assenza di linfadenomegalia e di stomatite aftosa.

- Il riscontro di una sintomatologia prevalentemente addominale in concomitanza degli episodi febbrili e la presenza di un valore di IgD superiore a 100 UI/ml associato a iper-IgA hanno indirizzato verso la possibilità di una *sindrome da iper-IgD*, ricordando però che il reperto laboratoristico isolato non consente da solo la definizione diagnostica. L'analisi molecolare del gene della MVK è fondamentale. L'opportunità di eseguire l'indagine genetica può essere definita in base a uno score dell'Istituto Gaslini che definisce il grado di probabilità per un paziente con risultato positivo al test genetico e si basa su una combinazione lineare di diverse variabili: età all'esordio, dolore addominale, aftosi, dolore toracico, diarrea e familiarità [5]. Corrado rientrava nella categoria a basso rischio: in tali pazienti il test viene eseguito solo nel caso di persistenza o comparsa di nuovi sintomi a distanza di 6-12 mesi dall'esordio. Durante il follow-up ha continuato a presentare episodi di febbre, ma l'analisi genetica è risultata negativa per la mutazione più comune. Attualmente non è possibile indagare altre mutazioni. Ulteriori accertamenti potranno essere presi in considerazione in futuro.

- L'esame emocromocitometrico con formula leucocitaria, a cadenza settimanale per 2 mesi, non ha evidenziato un andamento compatibile con una neutropenia ciclica, così come la benignità della sintomatologia.

- Il persistente riscontro di neutropenia al follow-up permette, a fine percorso, di considerare la possibilità di una neutropenia cronica benigna, familiare o non. Tale condizione, ereditata sia in forma AR che AD, rappresenta un comune gruppo di disordini caratterizzati da neutropenia a diversi livelli di gravità, che non conduce a un aumento del rischio di infezioni piogeniche. Si presenta con episodi febbrili associati a infezioni minori di cute, linfonodi, orecchio medio, tratto respiratorio e urinario [6]. A fare propendere maggiormente verso questa ipotesi è il riscontro di un innalzamento della conta neutrofila durante alcuni episodi febbrili e la presenza di anticorpi antineutrofili.

Cosa abbiamo imparato

Dal caso sono stati tratti alcuni insegnamenti:

- Il percorso diagnostico che andrebbe seguito di fronte a un bambino che presenta episodi febbrili ricorrenti è complesso. Quando le indagini di primo livello, volte a escludere le cause più frequenti, risultano negative, non bisogna dimenticare le malattie genetiche. Per molte di queste sono noti il difetto molecolare e la modalità di trasmissione. Nel caso non è stato possibile definire né l'eziologia dell'aumento delle IgD né degli episodi febbrili ricorrenti. Entrambi i segni sono riconducibili alla sindrome da iper-IgD, che potrebbe essere associata a una mutazione non esplorabile con l'analisi genetica, ma il semplice sospetto di una malattia genetica non è sufficiente a fare diagnosi.
- Prima di "nascondersi" dietro a una mutazione non esplorabile bisogna escludere tutte le altre ipotesi possibili. La neutropenia cronica benigna non giustifica le febbri ricorrenti, ma chiarisce la natura dell'alterazione ematologica.
- Ulteriori indagini non sono forse opportune quando, come nel caso, nelle ipotesi formulate si tratta di condizioni associate a una buona prognosi. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Meini A, Cattalini M, Lougaris V, et al. Le febbri periodiche in età pediatrica: approccio diagnostico. *Dossier febbre* 2007;7:1-17.
- [2] Scolozzi R, Boccafogli A, Vicentini L. La sindrome da iper-IgD e altre sindromi febbrili periodiche ereditarie. *Reumatismo* 2004;56:147-55.
- [3] Gattorno M, Federici S, Pelagatti MA, et al. Diagnosis and Management of Autoinflammatory Diseases in Childhood. *J Clin Immunol* 2008;28 (suppl 1),S73-S83.
- [4] Segel GB, Halterman JS. Neutropenia in Pediatric Practice. *Pediatr Rev* 2008;29:12-23.
- [5] Gattorno M, Federici S, Caroli F, et al. Un approccio evidence-based alla diagnostica molecolare delle febbri periodiche ereditarie. *Gaslini* 2009; 41:5-11.
- [6] Sung L, Johnston D. Approach to febrile neutropenia in the general paediatric setting. *Paed Child Health* 2007;12:19-21.

Network Neonatale Italiano

CURE, ESITI E RICERCA PER I NEONATI PRETERMINE

Roma, 30 settembre 2010

organizzato da: Istituto Superiore di Sanità, Società Italiana di Neonatologia e Network Neonatale Italiano

Origine della manifestazione

La manifestazione nasce dalla collaborazione tra la Società Italiana di Neonatologia e l'Istituto Superiore di Sanità per promuovere la sorveglianza degli outcome neonatali dei nati pretermine attraverso l'analisi e l'interpretazione dei dati di attività e di struttura dei centri di Terapia Intensiva Neonatale iscritti al Network Neonatale Italiano.

Scopo e obiettivi

L'evento fornirà agli operatori sanitari, coinvolti a vario titolo nella prevenzione, diagnosi e cura dei nati pretermine, elementi conoscitivi inerenti all'assistenza ai nati di basso peso. L'analisi dei dati raccolti nelle TIN partecipanti permetterà l'individuazione delle priorità nell'assistenza neonatale intensiva e nell'ambito dell'emergenza-urgenza e la promozione di politiche volte a migliorare la qualità dell'assistenza.

10,00 Indirizzo di benvenuto (*E. Garaci*)

10,10 Introduzione ai lavori (*P. Giliberti*)

Prima sessione

IL NETWORK NEONATALE ITALIANO

QUALE FONTE DI DATI DI INTERESSE NAZIONALE

Moderatori: *F. Mosca, M. Orzalesi*

10,20 Presentaz. del Network Neonatale Italiano e del progetto SIN-ISS (*R. Zanini*)

10,40 Il progetto SIN-ISS: risultati del rapporto 2008 (*S. Donati, A. Ronconi*)

11,20 Utilizzo del Network per il miglioramento della qualità assistenziale (*R. Bellù*)

11,40 Discussione

12,10 **Tavola rotonda**

L'utilizzo dei dati in ambito di Governo clinico

Moderatori: *P. Giliberti*

Partecipano: *E. Roccella, L. Coletto, F. Oleari, D. Baronciani, F. Rusconi, D. Di Lallo*

Seconda sessione

IL NETWORK E LA RICERCA

Moderatori: *M. Bonati, M. Grandolfo*

14,30 Utilizzo del Network come base per la ricerca clinica (*C. Corchia*)

14,50 Utilizzo del Network per la ricerca osservazionale (*L. Gagliardi*)

15,10 Discussione

15,30 **Tavola rotonda**

Il ruolo delle società scientifiche nella raccolta dati e il Governo clinico

Moderatore: *C. Fabris*

Partecipano: *G. Vittori, G. Scarselli, A. Ugazio, P. Giliberti*

16,30 Discussione

Magia basata sull'evidenza

Pierangela Rana

Pediatra di famiglia, ACP Puglia-Basilicata

Questa Rubrica pubblica casi di dermatologia pediatrica. Ha volutamente un tono dimesso, come quello di amici che si scambiano informazioni bevendo un caffè o chiacchierando al telefono in una pausa di lavoro; ma le informazioni che dà sono importanti per la pratica. Quindi racconti brevi, poche voci bibliografiche piuttosto elementari, soprattutto qualche buona immagine. Mandate i vostri casi a Pierangela Rana (pierangela.rana@tin.it).

Abstract

Evidence Based Magic

Marco limps for a pain in his foot. The cause appears to be a thorn from a sea urchin but clinically it looks like a wart. Among the different therapeutic approaches which is the best one? Waiting for a spontaneous resolution, considering a therapeutic solution or adopting placebo?

Quaderni acp 2010; 17(4): 172-173

Key words Warts. Human Papillomavirus. Placebo

Marco zoppica per dolore a un piede. Vengono accusate le spine di un riccio su cui ha posato il piede, ma l'aspetto clinico non è quello. Piuttosto è quello di verruche. Cosa fare fra le decine di provvedimenti terapeutici? Adottarne qualcuno o tenere conto della possibile guarigione spontanea non facendo nulla? O adottare un placebo?

Parole chiave Verruche. Human Papillomavirus. Placebo

Marco zoppica

Marco, 8 anni, è arrivato in ambulatorio a fine estate un po' zoppicando, ma sorridente. "Cosa è successo?", gli ho chiesto. Naturalmente è la mamma che risponde raccontando che "l'ultima volta che siamo stati in spiaggia, Marco, scalzo, ha posato il piede su ciò che restava di un riccio ben bene ripulito del suo contenuto".

Lei aveva cercato di estrarre le spine che si erano conficcate, ma, a distanza di qualche settimana, ancora si notavano sotto la pianta del piede dei puntini neri che, secondo lei, erano le estremità degli aculei che non era riuscita a raggiungere con l'ago e la pinzetta per sopracciglia che aveva utilizzato. "Vediamo!", dico a Marco. Le lesioni (figura 1 e 2) sono 3 o 4, verso il margine interno della pianta del piede sinistro, rotondeggianti, ravvicinate, non rilevate, anzi quasi incassate nello spessore del corneo.

L'aspetto è ruvido, ipercheratosico, non sono accompagnate da fenomeni flogistici. La pressione procura al bambino il dolore che gli impedisce di appoggiare completamente il piede durante la deambulazione.

Spine o verruche?

L'aspetto di un corpo estraneo ritenuto e infetto è caratterizzato da flogosi e, non di rado, da una raccolta purulenta. Queste non erano convincenti come derivate da corpo estraneo. Sembravano decisamente più verruche plantari. Il colore nerastro (figura 2), che faceva pensare alla persistenza delle spine nello spessore cutaneo, poteva derivare da capillari dermici trombizzati.

Un ripasso

Le verruche sono lesioni causate da *Human Papillomavirus* (HPV) della famiglia dei Papovavirus, virus a DNA. Sono una delle infezioni cutanee più frequenti in tutti i popoli e specie nell'età scolare e negli adolescenti, con percentuali di incidenza del 10-20%, senza preferenza di sesso. Ci sono vari tipi clinici di verruche.

Il 60-70% è rappresentato dalle *verruche volgari*, quasi sempre di tipo papulonodulare, con superficie tipicamente "secca", diametro di alcuni mm e colorito roseo-grigiastro. Possono essere dovunque, ma più frequentemente nelle sedi acrali, specie alle dita delle mani

dove prediligono la sede periungueale. Un'altra varietà è quella filiforme-digitata, a sviluppo spiccatamente esofitico, con aspetto peduncolato, tipica delle regioni periorifciali del volto.

Il 25-30% è rappresentato dalle *verruche plantari*, più spesso singole, a volte numerose e raggruppate con disposizione "a mosaico".

Il 5% circa è costituito dalle *verruche piane*, piccole papule con superficie piana e liscia, più o meno pigmentate, localizzate elettivamente al volto e al dorso delle mani.

Più rare le lesioni dell'area genitale (*condilomi acuminati*), possibili negli adolescenti in relazione a un contagio sessuale. Le verruche genitali nei bambini sono eccezionali e, nella grande maggioranza, localizzate nell'area perianale; sono conseguenti più frequentemente ad autoinoculazione da altra sede cutanea o a eteroinoculazione da verruche delle mani di un familiare. Sono da considerare sempre attentamente come possibile segno di abuso sessuale.

Gli HPV hanno una resistenza molto alta negli ambienti esterni (particolarmente in quelli caldo-umidi) e si diffondono per trasmissione interumana, diretta o mediata da oggetti di uso comune. La *contagiosità*, più alta nelle fasi precoci dell'infezione e per le lesioni a localizzazione genitale, dipende, come per tutti i virus, da molteplici fattori: dal tipo di virus, dalla sua carica, dalla sede cutanea interessata, dalla presenza di lesioni della barriera epiteliale e dallo stato immunitario dell'ospite, sia generale che virus-specifico. I tempi di incubazione variano da poche settimane a 12-18 mesi, con una media di 3-4 mesi. La *diagnosi* risulta ovvia nella grande maggioranza dei casi. Di grande aiuto al riconoscimento delle verruche è l'assenza, tipica di que-

Per corrispondenza:
Pierangela Rana
e-mail: pierangela.rana@tin.it

occhio alla pelle

ste lesioni, del disegno cutaneo costituito dai dermatoglifi. Due dati sono interessanti. Il *meccanismo patogenetico* per cui quando, attraverso minime perdite dell'integrità della barriera epiteliale, raggiungono lo strato spinoso dell'epidermide provocano iperplasia epiteliale determinando un'accelerazione del ritmo proliferativo delle cellule germinative. La loro *commensalità*: rimangono presenti sulla superficie della cute sana, perilesionale e non, per cui l'eventuale scomparsa di una verruca non significa la scomparsa del virus.

Che fare?

Indipendentemente dal loro tipo clinico, dalla grandezza, dal numero, almeno i due terzi delle lesioni vanno incontro ad autorisoluzione: il 30% regredisce già nei primi 6 mesi, nell'arco di 2-4 anni la percentuale di regressione raggiunge il 75% circa. Il problema del *trattamento* si pone per eliminare il disagio fisico (dolore, prurito, molto più raramente sanguinamento o alterazione della crescita ungueale), per limitare la loro diffusione ad altre sedi cutanee dello stesso paziente o ai coattenei con cui, in vari contesti, è inevitabile il contatto. Dobbiamo tenere anche conto che la loro persistenza può determinare non di rado sofferenza psicologica. Questo è infatti quello che capita a Marco: nel momento in cui ha appreso l'ipotesi diagnostica formulata si è spaventato perché il suo compagno di banco, durante la cura per la stessa lesione, non aveva camminato per più di un mese e aveva molto sofferto. Che fare dunque? I pensieri terapeutici sono stati ondegianti. Prima ho pensato di non proporre alcuna terapia, di spiegare al bambino e ai genitori ciò che si sa a proposito delle verruche e soprattutto della loro favorevole evoluzione naturale e dei suoi tempi, anche se mai ben prevedibili nel singolo caso. Insomma il semplice "wait and see". Era un problema di comunicazione non semplice. Ma anche l'ipotesi dell'intervento prevedeva un problema di comunicazione non semplice per la mancanza di una procedura terapeutica di efficacia certa e al tempo stesso per l'invasività degli interventi e per i timori di Marco. Sono di fatto percorribili decine di metodi terapeutici sia di tipo fisico, distruttivo, che chimico o farmacologico. I *metodi distruttivi* sono la

FIGURA 1: LESIONI ROTONDEGGIANTI, RAVVICINATE, NON RILEVATE, QUASI INCASATE NELLO SPESSORE DEL CORNEO



FIGURA 2: INGRANDIMENTO FIGURA 1



FIGURA 3: RISOLUZIONE COMPLETA



escissione chirurgica, la diatermocoagulazione (ormai di raro utilizzo per le facili sequele cicatriziali), la crioterapia con azoto liquido e la laser-terapia (laser CO₂ e dye laser pulsato). Fra i *metodi chimici*, l'acido salicilico rappresenta ancora oggi il metodo più diffuso ed economico, e gestibile a domicilio, dai genitori. Le novità degli ultimi anni sono le *immunoterapie*, il cui razionale è di favorire la risposta immunitaria dell'ospite. La percentuale di recidive è in ogni caso del 30%, analoga al 30% della guarigione spontanea di cui si è detto sopra. Su questo 30% si fondavano le proposte "terapeutiche" di tipo suggestivo dei tempi antichi che sono oggi arrivati alla ipnosi. *Mia nonna recitava: se hai un "porro" butta un cece in un pozzo davanti a cui non passerai più per tutta la vita e il porro se ne va.* Alla fine, dopo una certa esitazione, propondo per la soluzione

della nonna arricchita da un placebo: una tintura madre di Tuja. Prescrivo applicazioni locali e 3 gocce da bere una volta al giorno per un mese. Dopo quattro settimane rivedo Marco. Le lesioni sono completamente risolte (figura 3).

Che la Tuja abbia proprietà cheratolitiche è possibile che qualcuno lo pensi, ma ovviamente manca di questo ogni dimostrazione concreta. Come manca il coraggio a chi scrive di suggerire questo comportamento ai lettori di questa rivista. ♦

Bibliografia

- [1] Majewsky S, Jablonska S. New treatments for cutaneous human papilloma infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:262-4.
- [2] Orth G. Human papillomaviruses and the skin: more to be learned. *J Invest Dermatol* 2004;123:11-2.
- [3] Brentjens MH, Yeung-yue KA, Lee PC, Tyring SK. Human papillomavirus: a review. *Dermatol Clin* 2002;20:315-31.

Problemi gastroenterologici e nutrizionali nei bambini disabili

Un ambulatorio dedicato

Miris Marani*, Beatrice Feletti**, Maura Ricci***

*Pediatria, UO Pediatria, Ravenna; **Logopedista, UO Neuropsichiatria Infantile, ASL Ravenna; ***Fisioterapista UO Neuropsichiatria Infantile, ASL Ravenna

Abstract

Taking care of gastroenterological and nutritional problems in children with disabilities

A two year experience managing gastroenterological and nutritional problems in children with disabilities. A paediatrician with specific training in gastroenterology and nutrition, a speech therapist and a physiotherapist with a specific training in diagnosis and treatment of dysphagia are the dedicated staff. Cerebral palsy (50%), congenital neuromuscular diseases (25%) and serious forms of epilepsy (23%) are the main neurological diseases. Correlated problems are constipation, dysphagia, and gastroesophageal reflux. Different approaches to single problems are described.

Quaderni acp 2010; 17(4): 174-178

Key words Disability. Gastroenterological diseases. Constipation. Gastroesophageal reflux. Dysphagia

Viene riferita l'esperienza di due anni di un ambulatorio dedicato ai problemi gastroenterologici e nutrizionali dei bambini disabili. Il personale impiegato è composto da un pediatra con competenze di gastroenterologia e nutrizione pediatrica, da una logopedista e da una fisioterapista esperte nella diagnosi e nel trattamento della disfagia. Le patologie neurologiche di base sono prevalentemente la paralisi cerebrale infantile (50%), le malattie neuromuscolari congenite (25%), l'epilessia grave (23%). Le patologie gastroenterologiche correlate sono la stipsi, la disfagia, la malattia da reflusso gastroesofageo. Vengono descritte le modalità di approccio ai singoli problemi.

Parole chiave Disabilità. Patologia gastroenterologica. Stipsi. MRGE. Disfagia

Il problema della nutrizione dei bambini disabili è di quelli ostici, frustranti e perciò è spesso trascurati. Su questo problema, spesso angosciato per le famiglie, pubblichiamo una esperienza di un gruppo di professionisti guidati da una pediatra, operante in quello che una volta si chiamava "Ospedale provinciale", e un commento di un esperto gastroenterologo pediatrico.

Il dibattito è aperto.

La disfagia, la malnutrizione e le malattie respiratorie ricorrenti che ne conseguono, la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), la stipsi cronica e la *food aversion* si accompagnano alla disabilità con frequenza molto elevata e incidono significativamente sulla qualità di vita del bambino disabile e di chi se ne prende cura [1-2-3-4]. La necessità delle famiglie di avere una risposta a questo bisogno è viva e reale, anche se poco espressa.

Le famiglie dei bambini disabili sperimentano infatti, quotidianamente, lunghi tem-

pi di somministrazione del pasto e ansie di soffocamento, ospedalizzazioni frequenti per patologie respiratorie ricorrenti, pianto e agitazione notturna legati alla malattia da reflusso gastroesofageo, pratiche laboriose per favorire l'evacuazione. La malnutrizione inoltre incide poi sfavorevolmente sulla risposta alle terapie riabilitative, creando un circolo vizioso [5-6].

Per affrontare questo bisogno, nel 2008, d'accordo col direttore della UO di Pediatria dell'ASL di Ravenna, è stato istituito presso la Pediatria dell'ospedale un ambulatorio dedicato ai problemi gastroenterologici e nutrizionali dei bambini disabili. La Direzione Generale ha approvato e sostenuto il Progetto, partito nello stesso anno con un impegno di 18 ore mensili.

Gli obiettivi

Obiettivo dell'ambulatorio è prendersi cura dei problemi nutrizionali e gastroenterologici dei bambini e ragazzi con disabilità neurologica in età evolutiva allo

scopo di migliorare lo stato nutrizionale, ridurre la probabilità di *ab ingestis*, ridurre l'ansia e lo stress della famiglia.

All'interno degli obiettivi, la "filosofia dell'ambulatorio" è stata da subito ispirata a una bassa invasività nei confronti di bambini e famiglie già molto provati. Così si è scelto di: individuare i problemi e proporre soluzioni semplici; contenere il numero degli accessi del bambino nelle strutture sanitarie accorpando le richieste di esami in unico prelievo (per esempio bilancio nutrizionale in occasione di prelievo per livelli dei farmaci anticomiziali); limitare le richieste di esami invasivi; non aggiungere stress.

L'ambulatorio

L'approccio è stato necessariamente multidisciplinare, con l'ambulatorio gestito da tre figure professionali: un pediatra con competenze di gastroenterologia e nutrizione pediatrica, una logopedista e una fisioterapista esperte nella diagnosi e nel trattamento della disfagia.

Al bisogno il pediatra si avvale della collaborazione del Servizio di Nutrizione e Dietologia Clinica, del Servizio Endoscopia Digestiva, coadiuvato da Anestesiisti-Rianimatori, e dell'operato della Chirurgia Pediatrica di Area Vasta Romagna collocata a Rimini. Raramente e solo per casi complessi si ricorre alla valutazione della dinamica deglutitoria mediante fibroendoscopia (FEES) e video-fluoroscopia (VFS), privilegiando per quanto possibile la valutazione clinica. In questi pochi casi ci siamo avvalsi della collaborazione del Centro Disfagia dell'ASL di Rimini, punto di riferimento culturale per l'Area Vasta Romagna per le problematiche deglutitorie (*tabella 1*). L'opportunità di istituire un servizio "dedicato" è nata anche dalla constatazione che il tempo di "visita" per questi pazienti è particolarmente lungo, e que-

Per corrispondenza:

Miris Marani

e-mail: miris.marani@gmail.com

esperienze

sta attività risulta inseribile con difficoltà in un ambulatorio di Gastroenterologia Pediatrica di II livello.

L'approccio diagnostico

L'*anamnesi* comprende la raccolta dei dati riguardanti la patologia di base, la natura e il dosaggio dei farmaci assunti cronicamente, le ospedalizzazioni. Si concentra poi in particolare sulla ricorrenza di malattie respiratorie, la qualità del sonno notturno, la presenza di vomiti e rigurgiti, e le caratteristiche e la frequenza delle evacuazioni. Molto tempo è dedicato alla storia delle modalità di alimentazione (sonda oro-gastrica, biberon, seno, cucchiaino) e alla modalità di alimentazione attuale (postura del paziente, posizione del caregiver, strumenti utilizzati, tessitura, temperatura e consistenza del cibo, preferenze del bambino, ricorrenza di tosse e/o voce gorgogliante all'assunzione di liquidi).

L'*esame obiettivo del pasto* del paziente è una parte importante della valutazione. La famiglia viene invitata a portare da casa un alimento e uno strumento di somministrazione abituali. L'alimento viene somministrato in ambulatorio con le modalità usuali e commentato dalla logopedista o fisioterapista che forniscono alla madre indicazioni e suggerimenti mentre valutano le competenze del bambino nella gestione orale dell'alimento e le modalità di deglutizione. L'esame obiettivo del pasto in ambulatorio è completato dalla rilevazione periferica della SaO₂ come spia di eventuale "aspirazione" in bambini che non presentano un riflesso della tosse efficace.

L'*esame obiettivo* è mirato alla valutazione antropometrica (peso, lunghezza, BMI quando possibile e plicometria tripitale e sottoscapolare quando non sia possibile rilevare la lunghezza), alla obiettività respiratoria e a quella addominale per valutare la ritenzione fecale. Si presta attenzione alla ispezione del cavo orale, sede frequente di patologie infiammatorie per le difficoltà di igiene accurata e di eventuali patologie dentali, comprese le erosioni come spia di MRGE. La logopedista o la fisioterapista (figure sostanzialmente intercambiabili, in quanto entrambe esperte nella valutazione della

TABELLA 1: UTILIZZO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE PER LA VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA E DELLA MRGE

Laringoscopia	4/60 pz.
Videofluoroscopia (studio dinamico della deglutizione)	4/60 pz.
Esofagogastroduodenoscopia	5/60 pz.

TABELLA 2: PATOLOGIE NEUROLOGICHE DI BASE

Paralisi cerebrale infantile	50%
Malattie neuromuscolari congenite	25%
Epilessia grave	23%
Atassia e ritardo psicomotorio di ndd	11%
Esito di meningoencefalite	5%
Disordine pervasivo dello sviluppo	5%
Altro	8%

TABELLA 3: PATOLOGIE CORRELATE

Disfagia	60%
Malattia da reflusso gastroesofageo	60%
Stipsi	60%
Malnutrizione	35%
Food aversion	16%
Anemia grave	10%

TABELLA 4: MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE

Per bocca	85%
Gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)	15%
Sonda naso gastrica	2 pz.

disfagia) eseguono poi una valutazione neuromotoria bucco-facciale.

La *cartella clinica* che viene redatta è mirata ai problemi di questa classe di pazienti. È stata provata e modificata durante il primo anno di attività dell'ambulatorio e ora si è giunti a una versione definitiva.

Le indicazioni alla famiglia

Le indicazioni fornite alla famiglia riguardano le strategie compensatorie per favorire l'alimentazione orale: consigli di postura, uso di ausili, densità e consistenza dell'alimento, modalità di somministrazione. Viene posta particolare attenzione alla somministrazione dei liquidi, la cui assunzione è particolarmente difficile nei pazienti disfagici e spesso finisce con l'essere insufficiente. Vengo-

no date indicazioni sulle modalità di addensamento dei fluidi per favorirne l'assunzione. Le indicazioni sulle strategie compensatorie sono fornite dalla logopedista o dalla fisioterapista. Il pediatra valuta la congruità nutrizionale della composizione dell'alimento e si occupa della diagnosi e del trattamento della MRGE e della stipsi.

La casistica

Dopo 2 anni di attività i bambini e ragazzi seguiti dall'ambulatorio sono 60, di età compresa fra i 6 mesi e i 17 anni. Il rapporto M:F è di 1.2:1;47 risiedono nell'ASL di Ravenna, mentre 13 provengono da fuori ASL.

Le patologie neurologiche di base sono riportate nella *tabella 2*. Alcuni pazienti

presentano più di una patologia, per esempio esito di meningoencefalite ed epilessia grave, PCI ed epilessia.

Le patologie gastrointestinali correlate sono riportate nella *tabella 3* e le modalità di alimentazione nella *tabella 4*, a proposito della quale va detto che, dei 2 pazienti alimentati con sonda naso-gastrica, uno è stato sottoposto a *funduplicatio* di Nissen e gastrostomia mentre l'altro è stato riabilitato ad alimentazione per os.

I problemi da risolvere

L'attuale impegno è volto alla soluzione di due problemi:

- l'impossibilità a erogare gratuitamente ai pazienti farmaci e prodotti consumati cronicamente e praticamente lifelong, come addensanti per i liquidi e/o bevande gelificate, lassativi osmotici come macrogol e lattitolo, integratori alimentari proteici o glucidici;
- il potenziamento della fase riabilitativa della disfagia attraverso l'intervento educativo della logopedista, diretto tanto alle famiglie quanto ai caregiver extrafamiliari (scuola con servizio di mensa, strutture ecc.).

Percepriamo da parte delle famiglie un gradimento superiore all'atteso per que-

sto servizio. L'attenzione delle figure professionali "principali" che si occupano del bambino con danno neurologico, come il neuropsichiatra infantile, il fisiatra, il fisioterapista, si concentra sui grandi problemi come controllo dell'epilessia e della disabilità motoria.

Ci siamo accorti di come problemi piccoli e collaterali, quali pasti lunghi e faticosi, o pianto e agitazione notturna, incidano sulla qualità di vita delle famiglie e inducano nelle madri frustranti sentimenti di inadeguatezza.

Riconoscere queste difficoltà, anticiparne l'esistenza, discuterne i possibili rimedi è di sollievo per le famiglie e soprattutto per le madri, sempre principali e spesso uniche caregiver di questi pazienti.

Conclusioni

Le patologie gastroenterologiche e nutrizionali dei bambini con disabilità neurologica costituiscono un problema già da tempo individuato e descritto in letteratura, ma che a tutt'oggi stenta a trovare un approccio riabilitativo e terapeutico di provata efficacia. Non vi è dubbio che più figure professionali debbano far convergere le loro competenze su questi bambini che hanno spesso patologie molto diverse tra loro per natura, gravità e poten-

ziale evolutività. I bisogni di questi pazienti devono, ove possibile, essere intercettati precocemente, con l'avvio a un trattamento che, pur essendo strettamente individuale, non può non darsi obiettivi realistici e misurabili. L'esperienza descritta rappresenta il punto di partenza di un progetto di presa in carico medico-riabilitativa e sociale che contiene potenzialità di sperimentazione e ricerca.

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Sullivan PB. Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:128-36.
- [2] Campanozzi A, Capano G, Miele E, et al. Impact of malnutrition on gastrointestinal disorders and gross motor abilities in children with cerebral palsy. *Brain Dev* 2007;13:25.
- [3] Tedeschi A. Gastrointestinal and feeding problems of the neurologically handicapped child. In: Guandalini S. *Essential Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. Chicago: McGraw-Hill, 2005.
- [4] Schwarz S.M, Corredor J, Fisher-Medina J. Diagnosis and treatment of feeding disorders in children with developmental disabilities. *Pediatrics* 2001;108:671-6.
- [5] Tedeschi A. La nutrizione nella patologia neurologica. *Medico e Bambino* 2001;20:158-62.
- [6] Tedeschi A. Tempi e modalità di prevenzione della malnutrizione ospedaliera: il bambino cerebroleso. *Medico e Bambino* 2000;19:296-99.

Commento

Enrico Valletta, Martina Fornaro, UO Pediatria, AUSL Forlì

L'argomento che Miris Marani e coll. ci propongono è di quelli ostici, spesso trascurati dalla "grande medicina" e nei quali la complessità dei problemi da affrontare fa intuire la difficoltà del compito assunto e forse il rischio della frustrazione rispetto agli obiettivi in gioco. È un tema che merita di essere ripreso e ripensato perché rappresenta un bisogno reale e perché davvero può ancora esprimere un grande potenziale di sperimentazione e di ricerca [1].

Occorre conoscere e saper riconoscere il problema: è questo il primo messaggio

Per corrispondenza:
 Enrico Valletta
 e-mail: e.valletta@ausl.fo.it

che ci viene dato dalle Autrici. La prevalenza della sola paralisi cerebrale infantile (PCI) è circa 2-4/1000 nati vivi, ma almeno altrettanti sono affetti da patologie neurologiche o neuromuscolari diverse che si accompagnano con elevata frequenza a disturbi dell'alimentazione, della nutrizione, della crescita e, più in generale, della funzione gastrointestinale [2]. Sono numeri importanti che non possono non destare attenzione. Circa il 90% dei bambini con PCI e tetraparesi spastica ha problemi di alimentazione e una patologia (esofagea o respiratoria) correlata al reflusso gastroesofageo è presente nel 70-80% di questi pazienti. C'è poi quella non trascurabile parte dei neonati o prematuri che esce dalle terapie intensive neonatali (non necessariamente

con sequele neurologiche) dopo essere stata a lungo alimentata o ventilata artificialmente e che mostra gradi variabili di disfagia nel corso della prima infanzia. In questi bambini le normali tappe dello sviluppo neurologico che portano alla coordinazione del succhiamento con la deglutizione e la respirazione sono state in qualche modo interrotte o ritardate [3]. Gli effetti di questa interferenza si rendono evidenti anche nei successivi passaggi legati all'alimentazione: difficoltà all'introduzione dei cibi solidi, dieta monotona e selettiva fino alla vera e propria "food aversion". Se non riconosciamo precocemente l'esistenza di un disturbo connesso all'alimentazione, ci dovremo confrontare, probabilmente in tempi non lunghi, anche con un proble-

ma legato alle carenze nutrizionali. Mantenere la funzione per quanto possibile o, meglio ancora, favorirne il recupero e il successivo sviluppo verso livelli più elevati di autonomia e di "normalità" rappresentano i modi migliori per ritardare o scongiurare del tutto l'eventuale ricorso a tecniche di nutrizione artificiale. L'esperienza del Centro di riabilitazione della prof. Dunitz-Scheer (Università di Graz, Austria) (www.notube.at), riportata a Trieste pochi anni fa, ci fa capire quanto sia importante e insieme complesso lavorare su problemi di questo tipo.

A questo punto dobbiamo però chiederci se essere consapevoli del dato di patologia implica necessariamente avere in mano gli strumenti culturali e riabilitativi capaci di porvi rimedio. La risposta che ci sentiremmo di dare, oggi come oggi, è probabilmente "no" o quantomeno non per tutti. Bisogna però riconoscere che l'esperienza delle colleghe di Ravenna ci (ri)dice che di questo ci si deve occupare e cosa si può fare. Ragionare sui singoli aspetti del problema e sulle differenze esistenti tra i diversi gruppi di pazienti può servire a individuare meglio le nostre carenze e a focalizzare le possibili aree di intervento. Gli strumenti diagnostici ci sono e, come sottolineano Marani e coll., il problema è semmai non usarne troppi.

La storia e l'obiettività di questi bambini sono spesso più che sufficienti per individuare gli aspetti su cui concentrarsi. La stipsi è molto frequente, non richiede indagini, va trattata costantemente con fibre, idratazione o polietilenglicole a seconda dei casi. Anche per il reflusso gastroesofageo prevale la strategia del trattamento con inibitori di pompa protonica nei sottogruppi a rischio (soprattutto PCI e patologie neurologiche gravi), riservando gli accertamenti invasivi ai casi più gravi o in previsione di un approccio chirurgico o gastrostomico. La disfagia rappresenta invece il vero nucleo duro del problema, quello su cui dovremmo lavorare di più ma su cui sappiamo e possiamo meno.

Il danno polmonare cronico da aspirazione e la grave malnutrizione sono le conseguenze più evidenti e devastanti per il bambino e finiscono, talora, con influen-

zarne in misura rilevante la prognosi. Intercettare precocemente il problema è compito del livello di cure primarie o di ambulatori dedicati, come quello proposto e, possibilmente, localizzati sul territorio perché, quando il bambino arriva all'attenzione del gastroenterologo pediatrico in ospedale, magari di terzo livello, è probabilmente troppo tardi e la nutrizione artificiale diventa un'opzione quasi inevitabile.

Il trattamento "riabilitativo" della deglutizione nel bambino neurologico deve iniziare prima possibile, essere protratto nel tempo, avvalersi di competenze specifiche che purtroppo spesso non sono disponibili né improvvisabili o semplicemente mutuabili dall'esperienza dell'adulto. Si ha l'impressione che la competenza e lo sforzo riabilitativo che, sempre più diffusamente, vengono messi in campo per recuperare a una corretta oralità l'adulto colpito da un evento neurologico acuto, stentino a trovare uguali motivazioni nel bambino che deve salvaguardare le ridotte competenze residue o addirittura acquisirle ex novo.

Là dove la motivazione emerge, vengono talora a mancare le risorse disponibili, la chiarezza degli obiettivi o anche semplicemente la loro misurabilità. Bisogna andare, ma meglio sapere dove e, se possibile, valutare oggettivamente il risultato del proprio intervento per meglio indirizzarlo. Una buona conoscenza dei complessi meccanismi che regolano lo sviluppo della deglutizione e dell'alimentazione nei primi mesi di vita appare sempre più indispensabile per poter aiutare i bambini con patologie nel loro difficile percorso di recupero [4]. Gli sforzi che già vengono messi in atto nelle terapie intensive e nelle neonatologie per salvaguardare queste fondamentali funzioni dovrebbero accompagnare il lattante anche e soprattutto dopo la dimissione dall'ospedale.

Ogni bambino con disfagia rappresenta certamente un caso a sé che merita di essere osservato, valutato, riabilitato, facendo riferimento alla sua storia, alle sue risorse e al contesto familiare nel quale è inserito. Vale appena la pena accennare al grande significato che il tema dell'alimentazione ha per i genitori di un bambino con handicap neurologi-

co. D'altra parte, l'ex prematuro estremo ha problemi alimentari diversi dal bambino con PCI, che è a sua volta diverso dal paziente con encefalopatia progressiva o con patologia neuromuscolare a esordio tardivo. Capire cosa è meglio fare per ciascuno di questi sottogruppi può aiutarci a non disperdere le poche risorse disponibili.

Infine c'è il problema della malnutrizione. Anche su questo c'è ancora molto da capire. Quali sono realmente i fabbisogni energetici e di micronutrienti dei bambini con patologia neurologica? Quali sono i corretti standard di riferimento per valutarne l'accrescimento? Quali sono gli obiettivi nutrizionali realisticamente proponibili e quale l'impatto dei nostri interventi sulla qualità di vita, la morbilità e la sopravvivenza dei nostri pazienti? Quasi nessuna di queste domande ha oggi una risposta certa ed è forte la necessità di dare basi più sicure ai nostri interventi [5]. Gli apporti energetici necessari sono generalmente inferiori (anche del 30-40%) a quelli raccomandati per i bambini sani e certamente le curve di crescita che utilizziamo comunemente hanno poco a che fare con i ritmi di crescita dei soggetti con PCI. Se cerchiamo di portare il nostro bambino al 50° centile del peso per l'altezza, stiamo quasi certamente sbagliando perché ci sarà un inutile e forse anche dannoso accumulo di massa grassa ed è esperienza personale di bambini molto ben nutriti, ma con gravi encefalopatie progressive che vanno rapidamente incontro a morte per una sorta di crollo "metabolico". In qualche altro caso, per quanti sforzi facciamo anche con l'impiego della nutrizione artificiale, riusciremo a ottenere modestissimi risultati perché la malattia è in fase troppo avanzata e qualsiasi tentativo di modificarne il decorso pressoché inutile.

Forse, anche l'impressione di incidere sempre positivamente sulla qualità di vita dei nostri pazienti andrebbe sottoposta ad attenta verifica [6]. Quando la riabilitazione manca, fallisce o ha esaurito il suo compito, è arrivato il momento della nutrizione enterale. Passaggio drammatico sempre, pur con infinite sfumature, per i genitori di un bambino con disfagia. A quindici anni dalla nostra

prima esperienza con la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), crediamo che il suo ruolo sia ancora oggi sottovalutato o mal interpretato. Rappresenta quasi sempre l'ultima spiaggia, il segno tangibile e visibile di un fallimento (dei medici e dei genitori insieme), arriva spesso troppo tardi, quando il suo ruolo nutrizionale e di protezione delle vie aeree è ormai residuale e resta solo la funzione puramente alimentare e di somministrazione di liquidi e farmaci. È un fatto culturale (di medici e genitori insieme) l'essere restii a considerare la nutrizione enterale come un possibile supporto nella fase riabilitativa, un intervento a termine che contribuisce a mantenere in equilibrio gli aspetti nutrizionali e a minimizzare gli incidenti respiratori mentre si lavora sul mantenimento o il recupero della funzione. Ma forse anche perché spesso manca chi sia in grado di fare questo lavoro.

Il modello assistenziale proposto dalle colleghe di Ravenna non ha certo la pretesa di mostrarci un punto di arrivo, quanto di ribadire che occorre partire perché, pur con le scarse certezze disponibili, il problema esiste e non è di quelli che possono essere trascurati ancora a lungo. Occorre porsi in un'ottica di ricerca e di verifica del proprio operato sperimentando nuove ipotesi di lavoro e misurandone gli esiti nella propria realtà. ♦

Bibliografia

- [1] Marani M, Feletti B, Ricci M. Problemi gastroenterologici e nutrizionali di bambini disabili. Un ambulatorio dedicato. Quaderni acp 2010; 17:174-6.
- [2] Da Costa SP, van den Engel-Hock L, Bos AF. Sucking and swallowing in infants and diagnostic tools. J Perinatol 2008;28:247-57.
- [3] Delaney A, Arvedson JC. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. Develop Disabil Res Rev 2008;14:105-17.
- [4] Mahant S, Friedman JN, Connolly B, et al. Tube feeding and quality of life in children with severe neurological impairment. Arch Dis Child 2009; 94:668-73.
- [5] Reilly S, Skuse D, Poblete X. Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. J Pediatr 1996;129:877-82.
- [6] Merchand V, Motil KJ, and the NASPGHAN Committee on Nutrition. Nutrition support for neurologically impaired children: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. JPGN 2006;43:123-35.

NO COMMENT



DILUIRE IL LATTE MATERNO

Ci giunge notizia che un pediatra a Roma avrebbe consigliato a una mamma di una bimba di 5 mesi, "troppo grossa", e che allattata esclusivamente al seno, di tirare il latte e diluirlo con acqua.



IL BIBERON DEL SINDACO

Il comune di Vittorio Veneto ha stabilito di offrire un regalo a tutti i neonati della città: sapete qual è il dono? un biberon. Con molti fiocchi, ma un biberon.



LA FORMAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI

Una indagine Agenas rileva che i direttori generali delle ASL hanno fatto corsi di formazione per manager solo dopo 3 anni dal loro incarico (Il Sole24ORESanità 18/24 maggio 2010). Ma non li dovevano nominare per le competenze acquisite?



MILUPA: IL COFANETTO PER LE VACANZE

Pubblichiamo questo comunicato pervenuto (per errore?) alla nostra redazione

Fino al 19 giugno 2010, Milupa e Smartbox® saranno partner del concorso "Vinci una vacanza con Milupa" che mette in palio 50 "fughe romantiche" dedicate a mamme e papà.

Partecipare al concorso è semplicissimo! Basta acquistare, in una farmacia o in un negozio specializzato per bambini, cinque prodotti della linea svezzamento Milupa scegliendo fra pappe, biscotti, tisane, brodi, creme di cereali, vellutate e pastine, quindi richiedere la cartolina del concorso al negoziante e spedirla con le cinque prove d'acquisto.

I più fortunati parteciperanno all'estrazione dei 50 cofanetti Smartbox® in palio. Si può scegliere fra i cofanetti "Soggiorno Benessere", valido per un pernottamento per due persone con trattamenti benessere e prima colazione in 70 strutture di grande comfort e charme in tutta Italia, e "Due notti e una meta", che offre invece due pernottamenti per due persone con prima colazione nei migliori hotel Best Western d'Italia.

"Siamo lieti di essere al fianco di Milupa in questa iniziativa" – afferma Paola Pianciola, country manager Italia di Smartbox – "I cofanetti Smartbox rappresentano l'evoluzione del classico buono regalo, che si trasforma in un intrigante dono personalizzato, di sicuro gradimento, adatto a soddisfare i gusti e le passioni più varie, e soprattutto tutte le tipologie di target. Sono sicura che anche le mamme e i papà Milupa, se ancora non conoscono i nostri prodotti, sapranno apprezzarli e sfruttarli al meglio per un weekend tutto per loro".

Biodiversità e cambiamenti climatici in Europa

Laura Reali
Pediatria di famiglia, ACP Lazio

Parole chiave Cambiamento climatico. Biodiversità. Biossido di carbonio

La biodiversità assicura la nostra sopravvivenza

All'inizio degli anni Sessanta lo scrittore Aldous Huxley, dopo aver letto il libro *Primavera silenziosa*, commentò la scomparsa di uccelli, specie vegetali e insetti, che l'Autrice descriveva, affermando che stavamo "perdendo la metà dei temi della poesia".

Le Nazioni Unite hanno proclamato il 2010 Anno internazionale della Biodiversità e *Signals* parte proprio da qui [1]. La biodiversità è la natura stessa in tutte le sue forme, cioè la grande varietà degli organismi all'interno di una specie e tra le diverse specie. Sin da quando i nostri antenati cominciarono l'agricoltura, noi abbiamo alterato e plasmato le specie allevate e coltivate trasformandole in prodotti il cui valore intrinseco è più attraente per motivi economici. Dall'agricoltura siamo passati all'industrializzazione, selezionando le caratteristiche delle specie di insetti e animali allevate, più idonee alle esigenze del mercato, non a quelle dell'ambiente. Così facendo abbiamo messo a rischio la diversità biologica, tanto a macrolivello quanto a livello molecolare. Nel 2002 L'Unione Europea (UE) si era impegnata ad arrestare la perdita di biodiversità in Europa. Una valutazione dell'Agenzia Europea per l'Ambiente (EEA) però dimostra che, nonostante i progressi compiuti in alcuni ambiti, l'obiettivo dell'UE non sarà realizzato [2]. La perdita di biodiversità ha raggiunto livelli senza precedenti.

Che cosa sta accadendo alla biodiversità?

La biodiversità fornisce un gran numero di "servizi ecosistemici" che rendono possibile la vita sulla Terra e che diamo per scontati: gli insetti che impollinano le colture; il suolo, le radici degli alberi e le rocce che depurano l'acqua; gli organismi che decompongono i rifiuti organici

e rendono i terreni fertili; gli alberi che purificano l'aria sono soltanto alcuni di questi. La perdita di biodiversità determina una perdita di tali servizi. L'UE ha tentato alcune strategie per tutelare la biodiversità, realizzando negli ultimi 30 anni una rete di quasi 25.000 zone protette estese per circa 880.000 km², pari al 17 per cento del territorio [2]. La normativa UE in materia di inquinamento dell'aria, qualità dell'acqua dolce e trattamento delle acque reflue ha dato alcuni risultati positivi. Le piogge acide non devastano più le foreste dell'Europa settentrionale, si comincia a praticare l'agricoltura con maggiore sintonia con l'ambiente, la qualità dell'acqua dolce ha registrato un generale miglioramento. Tuttavia, la biodiversità continua a ridursi a grande velocità, soprattutto perché abbiamo abusato della natura, per accrescere eccessivamente i profitti. I nostri sistemi di produzione, commercio e consumo sostengono la nostra società, determinandone qualità e stile di vita; nel contempo però ci sono anche fattori di pressione estremamente potenti sull'ambiente in cui viviamo. La nostra economia misura la ricchezza nazionale in base alla produttività; l'aumento dei profitti è più importante delle stagioni, delle foreste, dell'acqua, del suolo e dell'aria; il valore che diamo al patrimonio naturale è basso o nullo, ma a questo dobbiamo trovare rimedio. È un dovere che abbiamo nei confronti delle generazioni future.

Cambiamenti climatici e biodiversità

I cambiamenti climatici hanno una grande incidenza sulla biodiversità. Gli ecosistemi, cioè gli ambienti naturali con tutti gli organismi viventi che li abitano in equilibrio tra loro e il suolo, l'aria e l'acqua che occupano, hanno buone capacità di resistenza e di recupero, ma quando superano determinate soglie, possono crollare e trasformarsi al punto di produrre potenziali conseguenze per gli esseri umani. Il cambiamento del clima minaccia di distruggere ecosistemi di vitale importanza e di compromettere i servizi ecosistemici che da essi vengono prodotti, quali l'acqua pulita e il suolo fertile, che sostengono la qualità della

vita e l'economia. I servizi ecosistemici che attualmente contribuiscono a limitare i cambiamenti climatici, come l'assorbimento della CO₂ atmosferica operato dal suolo, dagli oceani e dalle foreste, sono esposti a gravi minacce. Non sappiamo quali saranno i pieni effetti dei cambiamenti climatici sulla biodiversità; sappiamo però che, per proteggere l'ambiente, dobbiamo affrontare di pari passo la perdita di biodiversità e i cambiamenti climatici.

Esempi di riduzione della biodiversità prodotti da attività umane

Oltre 1 miliardo di persone nel mondo basa la propria alimentazione sulla pesca, ma il 50% dell'intero patrimonio ittico selvatico è già stato completamente sfruttato. Se non s'inverte la tendenza attuale, la maggior parte degli odierni banchi di pesca commerciale sarà esaurita entro il 2050. Le foreste pluviali vengono decimate per produrre generi alimentari (per es. soia e carni bovine) e agrocarburi (per es. olio di palma), senza tenere conto dei numerosi e importanti servizi ecosistemici che esse forniscono. Le api che, succhiando il nettare, raccolgono e distribuiscono anche il polline, sono considerate "sentinelle dell'ambiente" per la loro sensibilità alle variazioni ambientali.

Nell'alimentazione umana almeno un boccone su tre dipende dall'impollinazione, che in gran parte è opera dell'ape domestica. In tutto il mondo le api domestiche sono decimate, perché devono difendersi da pesticidi, acari e malattie, la loro costituzione genetica si è indebolita e non sappiamo se è a causa dell'inquinamento o delle tecniche di allevamento. ♦

Bibliografia

[1] Ogni anno l'Agenzia Europea per l'Ambiente (EEA) pubblica una relazione (*Signals*) che fornisce una serie di istantanee sulle criticità ambientali dell'anno che sta iniziando. <http://www.eea.europa.eu/publications/signals-2010>.

[2] L'Agenzia Europea per l'Ambiente (EEA) ha il compito di fornire informazioni attendibili e indipendenti sull'ambiente a chi si occupa dello sviluppo, dell'adozione, dell'attuazione e della valutazione delle politiche ambientali. <http://www.eea.europa.eu/it/>.

Per corrispondenza:
Laura Reali
e-mail: ellereali@gmail.com

Pandemia: le domande crescono, le risposte verranno?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave *Pandemia. H1N1. Unione Europea. OMS*

Udienze, appelli, interrogazioni

Dopo la prima udienza del 26 gennaio scorso, di cui si è data notizia su questa rivista, la Commissione Sanità del Consiglio d'Europa continua nel suo iter per chiedere trasparenza sulla gestione della pandemia [1]. Si è riunita altre due volte, l'ultima il 4 giugno, e sono previsti ulteriori incontri. I parlamentari europei sembrano molto determinati. Hanno aderito in 13 alla mozione del tedesco Wodarg e in 200 all'appello della francese Rivasi [2]. Se ne sta discutendo anche nel Senato francese e nel Consiglio dei ministri del Regno Unito. E sono due le interrogazioni di parlamentari italiani – Sandro Gozi e Oreste Rossi – rispettivamente alla Camera dei deputati e al Parlamento europeo. Intanto la Corte dei Conti conferma il giudizio negativo sul contratto del Ministero per i vaccini pandemici, denuncia “molteplici perplessità” e parla chiaramente di possibili responsabilità [3].

Il rapporto di Paul Flynn

Il rapporto per la discussione in Assemblea è stato affidato a Paul Flynn, parlamentare del Regno Unito e del Consiglio d'Europa [4]. Esso sottolinea la preoccupazione per la mancanza di evidenze che giustificassero le proporzioni della risposta all'H1N1/2009, che ha portato a una drammatica distorsione delle priorità per i servizi di Sanità pubblica, e la mancanza di trasparenza nel processo decisionale. Lamenta la segretezza di alcune informazioni essenziali, come i nomi e i conflitti di interesse dei membri dell'Emergency Committee che ha sostenuto l'OMS nella dichiarazione di pandemia. Esprime rammarico perché l'OMS non ha rivisto la sua valutazione del rischio, una volta diventato evidente che era inferiore all'atteso e ha tenuto un atteggiamento difensivo di fronte alle richieste dell'Assemblea, rifiutandosi di ammettere persino che fosse stata cambiata la definizione di pandemia. Ritiene inoltre che la gestione dell'OMS, delle istituzioni dell'UE e dei governi nazionali abbia

comportato un “enorme spreco di denaro pubblico” e abbia provocato “timori e allarmi ingiustificati circa i rischi sanitari ai quali poteva essere esposta la popolazione europea”. Infine propone che vengano sviluppati sistemi di difesa dall'influenza di interessi indebiti, come rendere pubbliche – senza eccezioni – le dichiarazioni dei conflitti di interesse dei membri delle Commissioni nazionali, europee e mondiali ed escludere dai processi decisionali tutti coloro che hanno conflitti di interesse. Per questo – conclude il rapporto – è necessario che gli Stati assicurino un finanziamento stabile all'OMS e definiscano (e applichino) linee guida per i rapporti con il settore privato nell'ambito della Sanità pubblica.

L'indagine del Bureau of Investigative Journalism

In concomitanza con l'ultima udienza del Consiglio d'Europa, il *BMJ* ha pubblicato i risultati di un'indagine che ha svolto insieme al *Bureau of Investigative Journalism* di Londra [5]. Da questa emerge che diversi esperti coinvolti fin dal 1999 nella prima stesura del Piano pandemico e, in seguito, delle linee guida dell'OMS per l'uso di antivirali e vaccini, avevano legami economici con le industrie che li producono. Il rapporto snocciola nomi, domande e risposte (spesso insoddisfacenti) che coinvolgono esperti, EMEA, OMS. Lo scenario che si delinea è tutt'altro che rassicurante. Dall'European Scientific Working Group on Influenza che si dichiara un gruppo indipendente, pur essendo finanziato al 100% dall'industria del farmaco, ai tanti conflitti di interesse dichiarati dagli esperti intervistati di cui però non si riesce ad avere documentazione dalle Agenzie. Fino al rifiuto di Margaret Chan, direttore dell'OMS, di rispondere alle domande sulla gestione della pandemia considerandole “complotti” del Parlamento Europeo.

L'editoriale di Fiona Godlee

L'indagine di cui sopra è accompagnata da un editoriale di Fiona Godlee, direttore del *BMJ*, dal sottotitolo molto eloquente: “Il WHO deve agire subito per ristabilire la sua credibilità e l'Europa dovrebbe legiferare” [6]. La Godlee ricorda che il documento del 2009 dell'Institute of Medicine (IOM) degli USA

sulla gestione dei conflitti di interesse è stato seguito da linee guida di gruppi come l'Associazione mondiale degli editori e l'Associazione americana di medicina del torace, che sottolineano che la sola dichiarazione non è più sufficiente. Secondo lo stesso IOM “la dichiarazione è solo il primo passo, essenziale ma limitato, per identificare e rispondere al conflitto di interessi”. Il grande problema – continua la Godlee – è cosa fare riguardo al conflitto. La risposta, a suo parere, è inevitabile: “Nessuno dovrebbe stare in un comitato che produce linee guida se ha legami con le compagnie che producono un vaccino o un farmaco [oggetto delle linee guida]” e aggiunge che lo stesso e ancora di più valgono per i comitati che prendono le decisioni più importanti in Sanità pubblica [5]. Gli Stati Uniti hanno ottenuto progressi importanti con il Sunshine Act (la legge che prevede la dichiarazione pubblica dei pagamenti delle case farmaceutiche a medici, associazioni ecc.) mentre la legislazione europea sulla gestione del conflitto di interessi è attesa da troppo tempo. Un'urgenza confermata dalla recente lettera aperta della Società internazionale dei Bollettini sui farmaci e Medicines in Europe Forum che chiedono all'Agenzia Europea del Farmaco di rafforzare le sue politiche sul conflitto di interesse [7].

Conclusioni

La discussione che si è aperta intorno alla pandemia segnala l'urgenza di un cambiamento. Speriamo che si colga l'occasione per trovare finalmente soluzioni alle richieste sempre più forti e diffuse di trasparenza e indipendenza. Come dice il rapporto di Flynn, si tratta di ristabilire la fiducia del pubblico nelle decisioni delle istituzioni. ♦

Bibliografia

- [1] Redazione. H1N1: nell'UE la politica ne parla; in Italia si tace. *Quaderni acp* 2010;17:50.
- [2] ISDB e MiEF. Handling of the influenza A/H1N1 “pandemic”: European citizens want to know more. Press Release. Brussels, April 19, 2010.
- [3] Perrone M. La Corte dei conti critica sul virus A. *Il Sole* 24 ore, 26 giugno 2010, p. 31.
- [4] Social health and family affairs committee. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. 7 June 2010.
- [5] Cohen D, Carter P. WHO and the pandemic flu “conspiracies”. *BMJ* 2010;340:c2912.
- [6] Godlee F. Conflicts of interest and pandemic flu. *BMJ* 2010;340:c2947.
- [7] ISDB e MiEF. EMA's policy on conflict of interest: improvements needed. Paris, 18 June 2010.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

Mucolitici e propiltiouracile: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego nei bambini

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Parole chiave Mucolitici. Propiltiouracile. Niaprazina

Mucolitici controindicati in Francia nei bambini < 2 anni di età

L'agenzia francese dei medicinali (*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, AFSSAPS*) ha controindicato l'impiego dei mucolitici nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Un'analisi delle segnalazioni di reazioni avverse ha infatti osservato 70 casi di complicanze respiratorie dovute a ostruzione bronchiale associate a impiego di mucolitici. La maggior parte dei casi riguardava bambini minori di un anno, e ha richiesto l'ospedalizzazione dei pazienti. Secondo l'agenzia francese, nel primo anno di vita, la funzionalità polmonare è ridotta e l'uso di mucolitici potrebbe favorire un accumulo di muco nelle vie aeree.

L'agenzia del farmaco ha, inoltre, prodotto una brochure informativa distribuita dai farmacisti (scaricabile dal sito <http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Affiches-Brochures-Carnets-patients>), in cui ricorda ai genitori che la tosse è un meccanismo di difesa fisiologica, e fornisce alcune semplici indicazioni per il trattamento del sintomo tosse:

- effettuare frequentemente i lavaggi nasali con soluzione fisiologica;
- durante il sonno alzare leggermente la testa;
- dare frequentemente da bere;
- mantenere una temperatura non troppo elevata nella stanza (19-20 gradi) e arieggiare il locale;
- evitare di esporre il bambino al fumo di sigaretta.

(Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Contre-indication-chez-le-nourrisson-des-specialites-mucolytiques-carbocisteine-acetylcysteine-mucofluidifiantes-benzoate-de-meglumine-administrees-par-voie-orale-et-de-l-helicidine-Lettre-aux-professionnels-de-sante>)

Per corrispondenza:
Antonio Clavenna
e-mail: clavenna@marionegri.it

Il propiltiouracile può causare epatotossicità anche grave

Nell'aprile 2010 la *Food and Drug Administration (FDA)* ha deciso di aggiungere un *black box warning* agli stampati del propiltiouracile (farmaco utilizzato per il trattamento dell'ipertiroidismo), per segnalare il rischio di danno epatico grave e di insufficienza epatica acuta, e di redigere una guida contenente le raccomandazioni per i pazienti che deve essere consegnata dal farmacista a ogni dispensazione del farmaco.

Questa decisione giunge dopo una valutazione delle segnalazioni spontanee di reazioni avverse raccolte tra il 1969 e il 2009, che ha identificato 34 casi di grave epatopatia associata a propiltiouracile. 23 casi si sono verificati in pazienti adulti: 13 hanno avuto come esito il decesso e 5 il trapianto di fegato. 3 casi di morte e 7 trapianti di fegato sono gli esiti degli 11 casi di epatopatia in età pediatrica. Per quanto riguarda il metimazolo, l'altro farmaco anti-tiroideo, sono stati segnalati 5 casi di epatopatia (3 morti), esclusivamente in pazienti adulti. Sulla base di questi dati e di una revisione della letteratura, la FDA ha concluso che il propiltiouracile è associato a un maggior rischio di epatopatia rispetto al metimazolo.

La FDA raccomanda, perciò, di riservare il propiltiouracile ai pazienti che non possono tollerare altre terapie, quali il metimazolo, il radio-iodio o la chirurgia. Il propiltiouracile rimane invece il farmaco antitiroideo di prima scelta nel primo trimestre di gravidanza, a causa delle segnalazioni di malformazioni congenite (in particolare difetti del cuoio capelluto) associate all'impiego di metimazolo in gravidanza.

(FDA Drug Safety Communication: New Boxed Warning on severe liver injury with propylthiouracil. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm209023.htm#ds>)

Rivkees SA and Szarfman A, Dissimilar Hepatotoxicity Profiles of Propylthiouracil and Methimazole in Children *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, doi:10.1210/jc.2009-2546, published on line 28 aprile 2010)

L'introvabile niaprazina

Da alcuni mesi in Italia la niaprazina (*Nopron*) non è più disponibile in commercio.

La causa sarebbe da attribuire al rifiuto dell'azienda titolare della licenza del prodotto di fornire alla Sanofi Aventis il principio attivo necessario per la produzione del farmaco.

Di fronte al perdurare della carenza, l'Agenzia Italiana del Farmaco il 9 giugno 2010 ha comunicato che il medicinale risulta essere regolarmente registrato in Francia dalla Geopharm. È possibile, perciò, richiedere l'autorizzazione all'importazione del farmaco inviando un modulo che può essere scaricato dal sito dell'Agenzia.

Questa vicenda suscita alcune riflessioni. La prima riguarda le implicazioni di tipo regolatorio che solleva dal momento che, come sottolineato nel comunicato dell'AIFA, in Francia la niaprazina sciroppo è controindicata al di sotto dei 3 anni di età e prevede un trattamento non superiore a 5 giorni mentre in Italia, al contrario, è (era?) autorizzata al di sopra dei 6 mesi di età, senza alcuna indicazione riguardo alla durata della terapia.

La seconda riguarda il fatto che si tratta di un farmaco per cui esistono poche prove di efficacia nel trattamento dei disturbi del sonno e limitate al breve periodo e stupisce pertanto che si sia deciso di attivare il percorso per l'autorizzazione all'importazione di questo medicinale. Percorso che è stato giustificato con la necessità di andare incontro ai bisogni di pazienti con patologie rare e/o invalidanti, anche se l'impiego comune e più frequente del farmaco riguarda situazioni molto meno rare e non invalidanti.

(Agenzia Italiana del Farmaco. Carenza Medicinale Nopron sciroppo. <http://www.agenziafarmaco.it/it/content/carenza-medicinale-nopron-sciroppo>; Ramchandani P, et al. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320:209-13) ♦

10 Stories the world should hear more about



Del Awar, bambino afghano di 7 anni impiccato dai Talebani

Rubrica a cura di Stefania Manetti

La redazione di Quaderni acp, accettando il suggerimento di alcuni lettori, ha deciso di dedicare questa pagina, destinata a raccontare storie dimenticate, a una vicenda che non ha avuto un'adeguata risonanza e diffusione. E di dedicare la copertina all'avvenimento.

Del Awar, un bambino afghano di 7 anni, è stato impiccato il 7 giugno scorso dai Talebani con l'accusa di spionaggio. Del Awar è stato trovato al tramonto in un frutteto del suo villaggio, Helmand, in Afghanistan; le ferite presenti sul suo corpicino dimostravano che la sua agonia non è stata né breve né facile.

Perché l'impiccagione

La sua morte è stata una punizione nei riguardi della sua famiglia, di suo padre e di suo nonno, che avevano reagito alle intimidazioni dei Talebani. In base alle notizie fornite dagli abitanti del villaggio, la famiglia di Del Awar non aveva assecondato le richieste dei Talebani, tra cui quella di dare 400 dollari per l'acquisto di armi. Maulawi Shamsullah Sahrai, un anziano del villaggio, racconta che il padre di Del Awar è un uomo molto povero che non ha potuto mandare a scuola i suoi bambini: "Qualcuno del villaggio ha detto che i Talebani lo hanno giustiziato perché era una spia, altri hanno riferito che è stato impiccato per spaventare le persone, altri ancora hanno dato la colpa ai fantasmi perché hanno paura di parlare della morte".

Il governo dei Talebani

Il villaggio di Del Awar è in un territorio sotto il totale dominio dei Talebani. La sospetta collaborazione con le forze Nato o con il debole governo di Karzai sono per gli abitanti una sentenza di morte. Le scuole sono chiuse, molte sono state bruciate perché considerate anti-islamiche; molte bambine e ragazze di questi villaggi come punizione hanno il volto deturpato dall'acido; le donne sono confinate

in casa, escono solo se accompagnate da un familiare maschio. Il regime talebano, tuttavia, è visto da alcuni come una risposta al controllo delle bande armate, ai ladri e alla polizia corrotta del governo di Karzai. Si stima che circa 33 delle 34 province abbiano un governo ombra talebano. L'influenza di questi governi ombra, raddoppiati dal 2005, varia da marginale a significativa in base ai territori. "... i Talebani hanno tutto quello che erano abituati ad avere durante il loro governo, hanno un governatore, giudici, persino le proprie forze di polizia" racconta Gul Mohammad, contadino di un distretto rurale di Kandahar. Vedendo poi come i Talebani risolvono dispute legali, aggiunge: "... Sia i Talebani che i rappresentanti del governo ufficiale sono ineducati, a noi non piacciono entrambi, la grande differenza però è che il governo vuole i soldi, i Talebani appaiono più onesti". In più di trent'anni, il conflitto afghano ha causato un milione e mezzo di morti e quattro milioni di profughi, altre vittime sono poi causate da combattimenti senza tregua, dalle mine antiuomo disseminate in tutto il Paese, dalla diffusa disponibilità di armi da fuoco. A questi morti se ne aggiungono altri per: denutrizione, scarso accesso all'acqua sicura, epidemie di tubercolosi e malaria, problemi che non possono avere risposta in una situazione sanitaria stremata.

Bambini senza speranza

Il giorno dopo l'impiccagione del piccolo afghano il *Guardian*, quotidiano inglese, riporta una decisione delle autorità britanniche per il controllo delle frontiere che vorrebbero riuscire a espellere ogni mese

almeno 12 ragazzi afghani minorenni arrivati nel Paese in cerca di asilo, e assistere direttamente al loro reinserimento a Kabul, dove sarà per questo motivo allestito un centro di accoglienza per la loro reintegrazione. Nei primi tre mesi del 2010 sono 400 i minorenni che hanno fatto richiesta di asilo, la metà è afghana. Simone Troller di *Human Rights Watch* ha dichiarato al *Guardian*: "Prima di espellere bambini vulnerabili in posti come l'Afghanistan i governi dell'Unione dovrebbero accertarsi che la cosa venga fatta nei migliori interessi di questi minori".

Nel frattempo anche la Norvegia ha annunciato l'apertura di un suo centro di accoglienza per minorenni a Kabul. Anche la Svezia, la Danimarca e l'Olanda si starebbero preparando a espellere i ragazzi minorenni. Questo piano è stato criticato da tutte le Associazioni per i diritti umani. A pagare il prezzo più alto in queste situazioni sono sempre i più deboli: le donne, i bambini e gli anziani, il popolo che non fa notizia, i *senza nome*.

Allora inevitabilmente ci vengono in mente tutte le vittime innocenti come Del Awar, i tanti bambini che per sbaglio, per caso, per mafia, per camorra, per 'ndrangheta, e per tanti altri "motivi" ai quali, per una "colpa" veramente difficile da capire, viene negata la vita, al tramonto, in un frutteto del proprio villaggio. ♦

Per ulteriori informazioni

<http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/afghanistan>
<http://www.peacelink.it>
<http://it.peacereporter.net/afghanistan>
<http://www.emergency.it>

tenstories

Il valore della paternità in *La nostra vita* di Daniele Luchetti

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Se la nostra vita è quella narrata da Daniele Luchetti nel suo ultimo film, c'è di che preoccuparsi. E a poco servirebbe consolarsi con il pensiero che il cinema è finzione, che svolgiamo lavori differenti da quelli del protagonista, che viviamo un'altra realtà. L'aria si respira comunque. Pertanto, l'unica cosa da augurarsi è quella di non vivere dove e come vive Claudio, l'operaio edile romano al centro della vicenda. Ma se non ci viviamo noi, non è detto che non ci viva nessuno. E non è detto che tutto quello che accade sia circoscritto alla periferia romana e al mondo dell'edilizia.

Per questo, è opportuno non giudicare troppo frettolosamente un film che, pur con qualche difetto, ha il grosso pregio di denunciare il malcostume e il coraggio di lavare i panni sporchi nella piazza virtuale dello schermo. La polemica per la dedica di Elio Germano, migliore attore a Cannes dopo 23 anni dal trionfo di Marcello Mastroianni in *Oci Ciornie*, "all'Italia e agli italiani che fanno di tutto per rendere migliore il nostro Paese, nonostante la classe dirigente", ha fatto passare in secondo ordine osservazioni più strettamente cinematografiche, come i troppi temi trattati, la scelta dei primi piani più televisivi che cinematografici, il richiamo a *La promesse* dei fratelli Dardenne, le belle figure di contorno di attori (Raoul Bova, fratello bello e imbranato; Luca Zingaretti, spacciatore, portatore di handicap dal volto umano) e attrici (Isabella Ragonese, moglie dolce e sensibile; Alina Madalina Berzunteanu, rumena decisa e arrivista; Awa Ly, prostituta senegalese e amorosa baby sitter). Claudio ha trent'anni, un lavoro, un fratello, una sorella, una bella moglie (Elena), due figli e un terzo in arrivo. Ama la vita, le canzoni di Vasco Rossi, le scampagnate al mare, le sortite al centro commerciale.

Nulla gli fa presagire la tempesta che improvvisamente si abbatte su di lui.

Elena muore dando alla luce il piccolo Vasco e Claudio si scopre impreparato a vivere da solo. Reagisce sfidando il destino, con l'unico obiettivo di raggiungere il benessere e dare ai figli e a se stesso quello che la vita gli ha tolto. L'occasione gliela offre la scoperta della morte bianca di un operaio clandestino. Ricattando l'imprenditore, riesce a ottenere in subappalto la costruzione di una palazzina ed entra nel mondo dell'edilizia abusiva, assumendo muratori extracomunitari e irregolari. Ma non tutto va per il verso giusto.

Contestato e abbandonato dagli operai, con i tempi di consegna prossimi alla scadenza, in mano agli usurai e sull'orlo del fallimento, non trova altra strada che mettere da parte ogni residuo di onestà e affidarsi a loschi e navigati individui del mondo dell'edilizia.

Ultimati i lavori a tempo di record, Claudio può restituire il denaro avuto in prestito e godere del successo ottenuto. Il rimorso per aver dovuto pagare il prezzo della disonestà non lo sfiora nemmeno: è così che va il mondo; è così che va la nostra vita. "Una delle idee centrali del film – dice Luchetti – è il venir meno della figura femminile: il padre cerca di gestire l'emergenza, ma non sa come fare. Non parla mai veramente con i figli, li tratta come pacchi postali. I figli sono considerati solo dei pesi ingombranti. La paternità, invece, dovrebbe essere un valore importante". Non solo, quindi, un film sulla società italiana, sulle furbate della cricca di costruttori, sullo sfruttamento dei clandestini, sul mondo della periferia; all'interno di questo tema fin troppo evidente c'è ne *La nostra vita* l'analisi della famiglia, vista in tutte le sue componenti: fratelli, parenti, genitori e, soprattutto, figli.

Una famiglia fragile che si sfalda di fronte alla morte, sia quella accidentale di un incidente sul lavoro, che quella provocata dalla nascita di un bambino. Claudio è un padre affettuoso a modo suo, esattamente come è costruttore, marito, fratello, amico a modo suo.

E cioè cercando scorciatoie e anteponendo il successo e il denaro a ogni altro

valore. Sembra costruire il cantiere familiare con la stessa tecnica con la quale costruisce quello edilizio: senza andare per il sottile, con folate di rimproveri e improvvisi scoppi di allegria. E non basta l'ultima sequenza a rendercelo più simpatico, perché per i tre orfanelli vorremmo qualcosa di più prezioso e duraturo della gioiosa ammucchiata sul sacrario del letto matrimoniale. Vorremmo qualcosa che, cementata da affetti veri, non crolli al primo scossone della vita. ♦



La nostra vita

Regia: Daniele Luchetti

Con: Elio Germano, Isabella Ragonese, Raoul Bova, Stefania Montorsi, Luca Zingaretti, Giorgio Colangeli, Alina Madalina Berzunteanu, Marius Ignat, Awa Ly, Emiliano Campagnola
Italia, 2010

Durata: 95 minuti

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@alice.it

Libri: occasioni per una

La medicina non è una scienza. Cosa altro è?



Giorgio Israel
Per una medicina
umanistica

Lindau 2010
pp. 91, euro 12

Giorgio Israel insegna storia della matematica alla "Sapienza" di Roma e ha esplorato il ruolo della scienza nella storia della cultura. Naturalmente da matematico. La tesi di questo libretto è che la medicina non abbia le caratteristiche per definirsi una scienza "esatta", "oggettiva". Il che, in verità, si è sempre saputo, anche se è intellettualmente esaltante definirlo e seguire quindi l'Autore nel suo ragionamento. La sostanza è che (si perdoni la semplificazione) non esiste una differenza quantitativa fra normalità e patologia ed è possibile giungere a una identificazione di un'anormalità cellulare, e forse genetica, ma non a una anormalità molecolare nella cellula patologica rispetto alla sana. E, d'altronde, è fondamentale ricordare che non esiste patologia nelle scienze esatte: nessun moto riesce a essere patologico a pena di non essere moto.

Se fosse una scienza esatta esisterebbe un'analogia meccanicistica fra l'uomo e la macchina e la malattia si avvicinerebbe a una macchina rotta da riparare. Neppure la supposta analogia cibernetica del cervello con il computer, secondo la quale il cervello funziona come un calcolatore, ha retto alla critica: il cervello è capace, da solo, di sviluppare nuove strategie perché è capace di produrre pensiero anticipando gli eventi. Quindi la macchina umana è capace di autoregolarsi (omeostasi) e la morte è la fine di questa capacità. Una macchina riparata da un abile meccanico funziona come prima, il che a un uomo guarito quasi mai accade. La "riparazione" qui non rappresenta – se non in una età della vita – una integrale *restitutio ad integrum* anatomico-fisiologica. Manca al guarito sempre qual-

cosa, piccolo o grande, del precedente stato, ma questo non gli vieta di condurre una vita normale. Di *restitutio ad integrum*, in realtà, si parla perché si verifica un aggiustamento fra la coscienza del malato e il suo organismo. Il guarito "si sente" come prima, ma non è come prima. Astrarre dalle caratteristiche personali del malato significherebbe disperdere informazioni utili alla sua salute. Egli può sentirsi infatti sano anche se un po' malato o, meglio, non eguale a prima. L'aggiustamento se lo fa da solo o con l'aiuto del medico e del resto una persona definita malata (con dei livelli altissimi di colesterolo) si sente sana fino a quando non sa, e forse ancora dopo, perché una definizione "quantitativa" della salute non è possibile. Neppure la famosa definizione dell'OMS è infatti realmente misurabile. La medicina deve quindi adottare, o tornare, a un approccio qualitativo che sta soprattutto in un rapporto umano fra le persone. Come definire, allora, le caratteristiche della medicina fra arte, tecnica e scienza? Essa è scienza, una tecnica che utilizza tutte le scienze e le arti. È la scienza o l'arte della vita.

Giancarlo Biasini

Quando lo sport diventa una buona terapia



Simona Bonavira
Cocomeri in panchina

A cura della Fondazione
Paracelso ONLUS 2010,
pag. 92
www.fondazioneparacelso.it
tel. e fax: 02 33004126

Questo racconto, per grandi e bambini, si pone lo scopo di parlare di emofilia non solo come entità clinica, ma come problema che riveste tutto il tessuto sociale a partire dalla famiglia per arrivare alla rete amicale e alla solidarietà. È un piacere leggerlo in breve tempo sia per il contesto (Brasile, calcio), sia per l'autentica solidarietà tra ragazzi di strati sociali diversi. Il protagonista è infatti un giovane brasiliano emofiliaco che gioca a calcio insieme ai propri amici. Un cam-

pionato di calcio si vince solo con grandi motivazioni, al di là delle doti tecnico-tattiche delle squadre in campo. La crescita del gruppo intorno all'amicizia e alla partecipazione autentica alle problematiche del protagonista maschile sarà la molla che farà la differenza. Il calcio giovanile dovrebbe riflettere sulla crescita dei protagonisti attraverso il gioco di squadra e l'autodisciplina, anziché sulla necessità di forgiare presunti campioni. Alcuni spunti, come il cinema all'aperto per i ragazzi delle favelas, sono davvero notevoli. Infine, per l'ennesima volta, il punto di svolta narrativo è rappresentato dall'elemento femminile che risulterà decisivo dopo un'iniziale diffidenza. Potrebbe essere una lettura da proporre alla scuola primaria, sia per la piacevolezza del racconto sia per gli spunti di discussione che ne possono scaturire. Ringraziamo la Fondazione Paracelso per la decisione di parlare di emofilia a tutta la società con questa iniziativa sicuramente incisiva.

Michele Gangemi

Un paese, una storia



Franco Dessì (a cura di)
Vecchie foto

Tipografia ghilarziese 2009, Edizione fuori commercio

È difficile pensare che oramai ci sia qualcosa di originale, in un mondo che consuma ogni cosa in ogni attimo. La storia di un piccolo paese raccontata da fotografie può essere un evento? Che un piccolo paese abbia una storia, che ogni paesano ne conservi una parte nella sua memoria è fuori di dubbio, ma come mettere insieme le storie per narrare la storia di un paese, per creare una memoria collettiva è operazione più complicata. A Narbolia, un piccolo comune del Campidano, ce l'hanno fatta raccogliendo le fotografie dalle famiglie del paese: 500 foto. Un libro ne rende note 251.

buona lettura

Ognuna racconta la storia di quel giorno, di quella occasione, di quella nascita, di quel matrimonio, di quella festa con chitarre e fisarmonica, o con momenti della famiglia in cui il raffigurato è nato, con le donne che hanno il volto circondato da un ovale nero che ci ricorda qualcosa che si vuole ostracizzare. Ma poi le storie raccontate dalle fotografie si incrociano, si sovrappongono, si intrecciano e da qui nasce una storia che da personale o familiare diventa collettiva e da perdita rinasce legata da qualche pagina leggera d'introduzione e commento. Le città, tanto meno le grandi città del villaggio globale, con i loro modelli sociali in crisi non potrebbero farlo. Forse non possono fare neppure la storia di un condominio perché lì le vicende delle persone non si intrecciano, ma si ignorano: vi ricordate Gaber in *Come è bella la città?* Non è una fortuna essere legati alla storia di un paese?

Gc.B

Può il cibo salvarci dalle malattie?



Michael Pollan
In difesa del cibo
Adelphi ed. 2009
pp. 254, euro 19

Schiere di nutrizionisti da molti anni studiano i comportamenti alimentari degli ultimi cacciatori-raccoglitori per comprendere come mai queste popolazioni "primitive" (ma che primitive assolutamente non sono) non si ammalano mai di cardiopatie ischemiche, diabete, obesità e cancro, pur avendo una genetica e un'aspettativa di vita come la nostra (Ad es.: *Cardiovasc Diabetol* 2009(16);8:35). La ricerca scientifica riuscirà a trovare il misterioso nutrimento tramite il quale ci potremo salvare da questa pandemia di malattie occidentali? Michael Pollan, giornalista che ha dedicato la sua vita professionale allo studio dell'alimentazione, è convinto che non esista una molecola magica che risolva i nostri problemi di salute. Anzi, dice Pollan, questa continua ricerca di fattori nutrizionali da

apportare alla nostra dieta danneggia ancora di più la nostra alimentazione avvantaggiando però la scienza nutrizionista e l'industria alimentare.

L'industrializzazione dell'alimentazione occidentale, iniziata circa centocinquanta anni fa, ha portato a una rivoluzione radicale della nostra nutrizione, fatto di cui siamo poco consapevoli non solo culturalmente ma anche per le conseguenze sul nostro corpo. Pollan spiega tutto questo aiutandosi con una ricca mole di dati scientifici (ottima l'appendice bibliografica alla fine del libro) e propone alcune ricette per aiutarci ad avere un'alimentazione più salutare. Un'educazione ad alimentarsi con quei cibi che la moderna industria non riesce ancora ad adulterare. Gli esempi che il giornalista riporta nel libro sono espressione della realtà statunitense, senz'altro più drammatica rispetto ai Paesi mediterranei. Tuttavia, anche noi tendiamo a copiare sempre più lo stile *fast food* d'oltreoceano. Una lettura utile per un pediatra che, al posto di dare i tradizionali consigli per il divezzamento (non più proponibili secondo l'autosvezzamento di Piermarini e Panizon), possa iniziare un colloquio con i genitori per un'alimentazione più sana per tutta la famiglia.

Sullo stesso tema, per chi è interessato c'è anche *Il dilemma dell'onnivoro* dello stesso Pollan e *Non c'è sull'etichetta. Quello che mangiamo senza saperlo* di Felicity Lawrence. Letture molto avvincenti e che ci fanno riflettere su quello che i genitori mettono a tavola, convinti di fare il meglio per i propri figli.

Costantino Panza

La cecità di un potere poco lucido



José Saramago
Saggio sulla lucidità
ET Scrittori, 2005
pp. 290, euro 11,50

"Mi piace citare Bertolt Brecht quando dice: Vorrei che il libro fosse un'ascia che infrange il mare ghiacciato della nostra coscienza".

Jose Saramago

"Tempo pessimo per votare, si lagnò il presidente di seggio della sezione elettorale quattordici". Eccoci a seguire le sorti di un turno elettorale qualunque, in una città senza nome. Il cattivo tempo preoccupa gli amministratori: potrà indurre i cittadini a non votare, incrementando l'astensione, fenomeno preoccupante e spia di un allontanamento dei cittadini dalla politica? Invece la gente va a votare numerosa. Ma vota scheda bianca. Troppe schede bianche, tanto da far pensare a un vero e proprio partito, a una congiura, una provocazione.

Non lo si può ignorare. Così decide il governo. La situazione è grave, bisogna intervenire, scoprire i colpevoli e punirli. E come trovare i colpevoli? Polizia, agenti segreti, piani complicati. Si trova un legame con l'epidemia di cecità che aveva colpito il paese anni prima, gli indizi conducono alla donna che, sola, non si era ammalata e aveva guidato, unica vedente, un gruppetto di persone in salvo. Sembrerebbe un giallo politico, avvincente e ben costruito, se non fosse invece un'analisi profonda che svela un modo di fare politica, un modo di detenere il potere da parte di uomini senza scrupoli, senza idee, ma soprattutto senza ideali: preoccupati soltanto di perpetuare il loro potere all'infinito, di compiacere i potenti, anche a costo di far precipitare, con il loro agire, il paese nel caos. Caos dal quale comunque ognuno cerca di lucrare. La solita prosa di Saramago, bella, brillante, intensa, a tratti permeata da un umorismo corrosivo, a tratti malinconica. Lui stesso ha scritto di questo libro: "Se il *Saggio sulla lucidità* non causerà polemiche è perché la società dorme".

Ed effettivamente leggendolo, si ha l'impressione che l'Autore sia rassegnato a vivere in una società che, dormendo, permette che tante, troppe cose accadano. Impressionante per l'attualità (mentre leggevo il libro le elezioni amministrative in Italia vantavano il record di astensioni) *Saggio sulla lucidità* porta a termine l'avventura dei personaggi di *Cecità*, in un epilogo amaro. Ma non ci sono solo i politici in questa storia: il commissario, la donna, il marito, ci dicono che un altro modo di vivere è possibile, e non occorrono eroi per farlo proprio.

Maria Francesca Siracusano



Veneto Protocollo d'intesa a Verona

Nell'aprile scorso è stato firmato a Verona, nella bellissima sala di Teologia della Biblioteca Civica, un protocollo d'intesa (www.quaderniacp.it) tra Comune di Verona, Provincia di Verona, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata e le tre Aziende Sanitarie territoriali (20-21-22) riguardante Nati per Leggere. La Regione Veneto aveva in precedenza aderito all'iniziativa con apposita delibera, prevedendo uno stanziamento di fondi.

In tutte le province venete si sta concludendo la formazione per tutti gli operatori coinvolti nel progetto. Il coordinamento provinciale (Altinier, Gangemi, Raise) ha duramente lavorato per giungere a questo risultato che pone la cornice per il lavoro da svolgere.

L'ambulatorio di Gangemi è, nel frattempo, diventato un punto prestito della Biblioteca di Verona con sistema di carico-scarico dei libri prestati. In sostanza si crea un percorso in cui i bambini e le loro famiglie prendono in prestito il libro dal pediatra e lo possono riconsegnare, entro un mese, a uno dei punti decentrati della Biblioteca Comunale.

Il coordinamento provinciale sarà allargato a un rappresentante delle 4 ASL firmatarie e si partirà con il promuovere e coordinare le azioni in ogni territorio.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata ha dato la propria disponibilità a pensare ad appositi spazi per NpL nel

nuovo Ospedale del Bambino, in fase di progettazione.

Un ringraziamento particolare al Prof. Dalla Bernardina, alla Dott.ssa Bortolus e al Dott. Enrico Valletta per l'indispensabile apporto fornito allo sviluppo dell'accordo.

Nel contempo sono partite iniziative di formazione per i lettori volontari e l'Associazione "Il Melograno" è diventata un ulteriore punto-prestito di libri da riconsegnare in biblioteca.

Siamo consapevoli di essere solo al punto di partenza, ma riteniamo che il coinvolgimento istituzionale a vari livelli sia una premessa necessaria affinché il progetto NpL penetri nel tessuto sociale cittadino e provinciale.

Michele Gangemi

Sicilia A Palermo "L'Officina Creativa Interculturale"

L'associazione "Officina Creativa Interculturale" è nata nel 2008 a Palermo, con la volontà di creare un luogo educativo sperimentale, aperto al confronto interculturale e alla scoperta delle diverse lingue parlate nel territorio. La casa-officina è uno spazio di ricerca educativa e di esperienze comuni di vita, e accoglie la prima biblioteca a Palermo con l'obiettivo di raccogliere testi in più lingue per l'infanzia. La convivenza di decine di lingue è il punto di partenza di un progetto che intende costituire e sviluppare un modo nuovo di intendere e sperimentare l'intercultura.

I percorsi educativi, che vengono proposti, coinvolgono le famiglie italiane e straniere e prendono ispirazione da storie, narrazioni raccolte nei viaggi, lette nei volumi della biblioteca, ascoltate da conoscenti e amici, ma anche inventate, rielaborate, intrecciate. Ancor prima delle storie, dei luoghi e dei personaggi, sono le lingue che coabitano nella casa-officina ad animarsi, prendono corpo e voce attraverso modalità sperimentali: dalle narrazioni bilingue agli incontri di "Fantacinese e altre strane lingue", le attività puntano sull'immaginazione come strumento di educazione interculturale.

Nati

Mettere a disposizione una biblioteca plurilingue dedicata all'infanzia significa innanzitutto dare possibilità e occasione di scoprire ed esplorare la diversità in un luogo intimo e aperto allo stesso tempo. Il contesto accogliente e la felice convivenza dei libri offrono le condizioni favorevoli per rispondere alla complessità con un istantaneo senso di curiosità, con l'emozione di una nuova esplorazione, con un eccezionale gioco delle ipotesi in cui si provano a leggere, a interpretare i caratteri, a indovinare i suoni che i libri contengono.

L'ascolto poi di una lingua sconosciuta permette di scoprire la ricchezza della narrazione, di allenarsi all'attenzione, di concentrarsi sulla bellezza melodica delle voci che s'intrecciano, cogliendo la lingua aldilà della sua dimensione semantica e comunicativa.

L'adesione dell'associazione "Officina Creativa Interculturale" al progetto nazionale "Nati per Leggere" è dettata dalla convinzione che la lettura ad alta voce, sin dai primi anni di vita, sia fonte di benessere per la famiglia. La proposta della prima iniziativa plurilingue in Italia intende essere un ulteriore contributo alla ricerca scientifica e culturale del Progetto: l'ascolto di altre lingue e di differenti sonorità aumenta le capacità di apprendimento linguistico, amplia e arricchisce le chiavi di lettura del mondo e delle relazioni interpersonali. In un contesto plurilingue, come quello vissuto dai migranti, rinforza la costruzione dell'identità personale e collettiva delle famiglie e delle seconde generazioni, previene forme di pregiudizi e stereotipi, promuove situazioni di reale integrazione e condivisione di esperienze. L'ascolto di lingue sconosciute apre la mente al senso critico e a una "sensibilità interculturale".

Questo è il senso su cui si fonda l'associazione "Officina Creativa Interculturale": un'intercultura che non parla solo di e con le "culture", ma riconosce nelle persone e in tutti gli aspetti del mondo una complessità e una ricchezza da cui non si smette mai di imparare.

I fondatori dell'Officina sono: Giuseppe Rizzuto, specializzato in Antropologia culturale, ha studiato lingua e cultura

per Leggere

cinese; Maura Tripi, laureata in Semiotica, Master in Studi Interculturali.

Valle d'Aosta

Il progetto "Nati per Leggere" rivolto ai nuovi nati in Valle d'Aosta nel corso del 2008 sta giungendo alla realizzazione dell'ultima fase.

È nato nel 2007 con il sostegno dell'ACP nazionale a conclusione di un convegno tenutosi nel mese di novembre di quell'anno ad Aosta.

L'incontro fu una valida occasione per poter discutere e valutare la bontà del Progetto oramai collaudato da anni in molte altre realtà regionali, con operatori non solo della sanità (neuropsichiatri infantili, pediatri, assistenti sanitari, psicologi, logopedisti) ma anche della scuola, del mondo educativo, oltre che con i bibliotecari valdostani.

La presenza di amministratori locali e l'intervento di relatori qualificati invitati dalla nostra cara Liliana Pomi, referente ACP per la Valle d'Aosta, rese la giornata particolarmente ricca di spunti e di riflessioni. Illustriamo di seguito i numeri del Progetto: popolazione residente in Valle d'Aosta 125.000 abitanti; circa 1200 nati del 2008 (di cui il 15% immigrati, in buona parte di origine nordafricana); 18 Pediatri di Famiglia operanti in 44 ambulatori; 20 sedi consultoriali; 50 biblioteche comunali su un totale di 74 comuni; ospedale Beauregard, unico punto nascita e di ricoveri pediatrici nella Regione.

"Nati per Leggere" ha seguito un percorso in 3 tempi.

Il dono all'atto della dimissione dal nido dell'Ospedale a tutti i nuovi nati del libro *Guarda che faccia!*. Successivamente, nel corso del bilancio di salute del 6°-8° mese, il dono del libro *Le livre des bruits*. Queste due prime fasi si sono concluse nell'agosto 2009.

Insieme al dono dei libri ai genitori si è creata presso le biblioteche una serie di iniziative con le famiglie, gli insegnanti e gli educatori della prima infanzia al fine di dare risalto e importanza alla lettura ad alta voce fin dalla più tenera età. A ogni incontro è intervenuta Liliana Pomi, affiancata a rotazione dai colleghi Pediatri di Famiglia operanti nel Comprensorio in cui si svolgeva l'incontro.

Con la collaborazione del bibliotecario del luogo si sono creati, inoltre, spazi all'interno delle biblioteche per una miglior visibilità dei libri di NpL, e momenti di lettura ad alta voce per bimbi, con la partecipazione di volontari. Il terzo tempo prevede che dal mese di luglio 2010 e fino a luglio 2011, man mano che i nati del 2008 (sempre loro... che fortuna sfacciata!) compiranno i 30 mesi, nel corso del bilancio di salute riceveranno in dono *Libro!* e *Oh, che uovo!*, bilingue arabo/italiano.

Il Progetto prevede che le circa 80 postazioni in Valle tengano a disposizione dei nati anche di altre classi d'età 10 libri del catalogo ufficiale di NpL, disposti in un simpatico contenitore-carrettino con il logo di NpL, per essere mostrati e prestatati dagli operatori della salute alle famiglie, di cui due bilingue per la particolarità linguistica della Regione e per sensibilizzare i genitori alla multiculturalità.

L'iniziativa ha riscosso grande consenso e simpatia da parte dei destinatari... e un po' d'invidia da parte dei genitori di bimbi di altre classi d'età, che avrebbero sperato di vivere la stessa esperienza con i loro figli.

Essa ha ricevuto poi un notevole impulso allo sviluppo grazie alla presenza capillare sul territorio e alla disponibilità dei bibliotecari facenti capo al Sistema Bibliotecario Valdostano, fiore all'occhiello e vanto della nostra Regione.

Il limite insito nel Progetto è stato quello di orientare per tre anni e mezzo tutte le risorse su un'unica classe d'età. Forse si sarebbe potuto agire su più classi d'età donando un minor numero di libri per bambino, ma raggiungendone di più.

Date l'importanza e la solidità del Progetto, l'auspicio di tutti è che per il futuro l'Amministrazione Regionale e Aziendale lo rifinanzino e lo potenzino.

Marco Debernardi

Il nuovo sito di NpL

Il sito di "Nati per Leggere" è stato rinnovato nella presentazione grafica e nella strutturazione dei contenuti.

Vale la pena considerare alcune sezioni che sono state arricchite: Libri e lettura,

Documentazione. Nella sezione dedicata ai libri, sono stati resi disponibili quelli in edizione speciale per i promotori locali di NpL, descritti, uno per uno, con l'immagine della copertina.

Il sito in questo caso integra l'informazione prima disponibile solo tramite il catalogo, garantendo una informazione più puntuale e aggiornata sulla disponibilità di nuovi titoli e sulla sostituzione di quelli precedenti.

Analogamente al Catalogo delle edizioni speciali sono stati pubblicati anche i titoli contenuti nella bibliografia "Una guida per genitori e futuri lettori", i cui titoli sono descritti con l'immagine della copertina. Un utile strumento che ci consentirà di mantenere costantemente aggiornata la segnalazione di nuovi libri sui diversi temi individuati.

Di nuovo c'è anche una pagina dedicata alle diverse modalità di acquisto dei libri, da parte dei genitori, attraverso il sito *LaFeltrinelli.it* e presso le Librerie amiche delle bambine e dei bambini e da parte dei promotori locali del Progetto direttamente presso gli editori, accedendo a particolari condizioni di sconto.

Nella sezione dedicata alla Documentazione sono stati raccolti diversi contenuti, quali la bibliografia curata da Pasquale Causa, i riferimenti alla ricerca sull'attitudine alla lettura in famiglia e sulla rilevazione delle unità operative locali NpL, condotta nel 2008, il notiziario NpLNotizie, alcuni documenti sull'impatto dei Progetti americano "Reach Out and Read" e "Bookstart" e i link esterni sui temi correlati alla lettura in età precoce e alla letteratura per l'infanzia.

A breve saranno nuovamente accessibili le adesioni, con un nuovo modulo online da compilare per mantenere aggiornate le informazioni fornite direttamente dagli interessati.

Anche il sito testimonia la crescita continua del Progetto attraverso una sempre maggiore attenzione alla qualità dei contenuti e al loro più facile accesso: buona navigazione!

Giovanna Malgaroli
Alessandra Sila

congressi

Sicurezza dei pazienti e rischio clinico. Manuale per la Formazione dei MMG e dei PdF

Il 16 marzo 2010, a Roma, presso il Ministero della Salute è stato presentato il manuale "Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia", risultato di oltre due anni di lavoro da parte di un gruppo misto costituito da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Famiglia (PdF), ricercatori e funzionari del Ministero della Salute. Per rischio clinico si intende "l'eventualità che un paziente ha di subire un danno come conseguenza di un errore medico".

La sua gestione (*Risk Management*) rappresenta l'insieme di tutte le azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, inclusa la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori. Esiste una normativa nazionale in materia (legge n. 1598) che definisce la gestione del rischio clinico un problema di rilevanza nazionale e che affida alle Regioni l'adozione di una funzione aziendale permanente dedicata al controllo e alla gestione del rischio clinico, attraverso misure di prevenzione degli errori e di monitoraggio degli eventi avversi. L'errore medico infatti è inevitabile e va usato come fonte di conoscenza, anzi come un patrimonio da tutelare e mettere a frutto, sistematizzando la capacità di imparare a capirne l'origine per poterne commettere sempre meno. Dalla pubblicazione di *To Err is Human* è stata fatta molta strada in questa direzione, anche se soprattutto fuori Italia e in ambito ospedaliero.

L'errore medico, peraltro, non è esclusivo dell'ospedale o delle ASL ed è possibile anche nell'ambulatorio degli adulti e verosimilmente ancor più dei bambini, anche se i dati epidemiologici in materia sono ancora scarsi. Tutto questo nelle diverse realtà regionali è passato poco e in maniera disomogenea alla Medicina di Famiglia (MMG e PdF), che pure costi-

tuisce la componente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più vicina ai cittadini e che determina l'accesso agli altri servizi. MMG e PdF assolvono a una funzione fondamentale nel promuovere la sicurezza del paziente, adottando nella propria pratica professionale metodologie e strumenti, come per esempio la cartella clinica informatizzata e l'incident reporting, ma anche favorendo l'informazione dell'utenza per una partecipazione e una fruizione consapevoli delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Inoltre contribuiscono alla continuità assistenziale, importante fattore di equilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale, perché migliora la qualità e la sicurezza delle cure, riducendo il rischio di danni conseguenti al trattamento e ottimizzando le risorse disponibili. Il manuale, pubblicato sul sito del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1232_allegato.pdf), nasce, quindi, dall'esigenza di valorizzare le competenze di MMG e PdF e di sensibilizzarli a queste problematiche.

Le indicazioni fornite derivano dall'analisi critica della letteratura scientifica nazionale e internazionale in materia, e dalle esperienze condotte dai ricercatori e dalle società scientifiche che hanno partecipato al tavolo. La gestione del rischio clinico viene proposta in modo unitario per quanto riguarda i suoi aspetti generali: i fattori determinanti o contribuenti, i metodi e gli strumenti per l'identificazione, l'analisi e la gestione. Vengono poi descritte in capitoli differenziati le specificità (prevenzione e buone pratiche) riguardo ai due ambiti professionali di MMG e PdF. Un capitolo è dedicato al ruolo di MMG e PdF nella prevenzione del suicidio, un altro agli elementi di responsabilità professionale dei sanitari, un altro ancora alla formazione e alla ricerca sulla promozione della sicurezza.

Il Manuale, che vuole essere uno strumento di riferimento per la formazione di base e continua, è anche corredato dalla descrizione di alcuni casi clinici di eventi avversi, che possono rappresentare una possibile base per analisi, rifles-

sioni, approfondimenti ed eventuali temi di ricerca. Al termine sono riportate le "Raccomandazioni per la Sicurezza negli ambulatori del MMG e del PdF", schede pratiche sinottiche di riferimento per la sicurezza del paziente nello svolgimento delle attività cliniche ambulatoriali. Non basta però diffondere la cultura di "error friendliness" e l'abitudine all'"incident reporting" anche nella pratica ambulatoriale: è necessaria la formazione continua sulla cultura del rischio clinico e della sicurezza e sull'approccio probabilistico, vorrei dire bayesiano, al processo diagnostico. Nella formazione pre, post laurea e post specializzazione c'è molto da modificare in tal senso.

Alla conferenza stampa del 4 maggio, presente il Ministro della Salute Ferruccio Fazio, sono stati invitati i Presidenti di tutte le società scientifiche che hanno partecipato alla stesura del Manuale, tra cui il Presidente ACP. Un onore riservato, ci dicono, solo agli eventi più rilevanti.

Laura Reali

La crisi psichiatrica acuta in adolescenza: modelli d'intervento

L'11 e 12 maggio a Milano si è parlato per due giorni di crisi psichiatrica acuta in adolescenza e di possibili modelli di intervento e risposta nei contesti di vita: un bisogno ancora inevaso che riguarda circa 2000 ragazzi tra i 12 e i 18 anni nel territorio milanese (150-400 ogni anno), oltre 13.000 in Lombardia e 91.000 in Italia, affetti da un disturbo psichico importante, nella maggioranza dei casi transitorio e che dovrebbe trovare risposta nei normali interventi ambulatoriali. Alcune decine di casi a Milano, oltre un centinaio in Lombardia e oltre un migliaio in Italia, invece, avrebbero bisogno dell'attivazione tempestiva di più interventi, fino a volte a dover prevedere il ricovero ospedaliero o l'inserimento in comunità terapeutica. Di fatto la maggior parte dei ragazzi che arrivano al Pronto Soccorso per una crisi psichiatrica acuta non ha mai avuto prima contatti con servizi di neuropsichiatria infantile o di psichiatria, né con servizi psicologici, data

controluce

la mancata attivazione di adeguati percorsi preventivi e assistenziali precedenti. “Quando una cosa aspetta non vuol dire che non è urgente, vuol dire che aspetta”: più della metà dei casi viene ricoverata in strutture che non hanno competenze specifiche per l’età evolutiva, perché non ci sono.

Esistono buone pratiche anche sofisticate, molto interessanti a livello locale che però non fanno sistema; manca una strategia a livello nazionale, con un quadro disaggregato e diverso da realtà a realtà; il problema più quotidiano è quello delle alternative al ricovero sia prima che dopo; la normativa è poca, spesso anche contraddittoria. E poi ci sono i rapporti con i dipartimenti di salute mentale (l’utente è comune): il 20% dei pazienti ha disturbi che dovrebbero farlo arrivare all’attenzione degli psichiatri dell’adulto, ma la continuità e i passaggi sono molto variabili rispetto a una risposta ospedaliera che spesso richiede una sinergia fra i NPI, gli operatori dei servizi e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Per quanto riguarda le risorse è difficile riuscire a intervenire in maniera massiccia dove scoppia l’urgenza in ospedale, senza pensare ai servizi che dovrebbero curare il prima e il dopo della crisi. Quanto ai rapporti con le comunità terapeutiche, esse sono poche e lontane, intasate indebitamente e da integrare nel percorso. Sta inoltre aumentando il numero di richieste di trattamenti urgenti e terapeutici deciso dall’autorità giudiziaria o dai servizi sociali dell’ente territoriale: emergenze vere, spesso però senza una base psichiatrica, che rendono urgente una programmazione interistituzionale.

Il Convegno milanese, organizzato dalla UONPIA della Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico di Milano in collaborazione con il Dipartimento di Salute Pubblica dell’Istituto “Mario Negri”, ha provato a confrontare le buone pratiche che stanno spontaneamente nascendo in varie parti d’Italia (Toscana, Roma, Bologna, Modena, Udine) nell’ambito della risposta alla crisi psichiatrica acuta in adolescenza non in regime di ricovero o in regime di comu-

nità terapeutica. Sono stati presentati il sistema di servizi americano Wraparound Milwaukee, che da vent’anni assiste oltre 1500 ragazzi ogni anno e coordina 80 servizi assistenziali e terapeutici, limitando il numero di ricoveri e la loro durata, e il programma d’intervento francese ERIC (équipe mobili di intervento nella crisi), che interviene in modo intensivo a domicilio con i ragazzi e le famiglie e accompagna la successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.

Più che focalizzarsi sui problemi dei ragazzini, della famiglia e del contesto, la filosofia d’intervento wraparound individua i bisogni e i punti di forza: servizi e interventi profondamente radicati nelle comunità locali, centrati sulle famiglie e attenti ai valori culturali specifici – assistenza incondizionata (nessun utente e nessuna famiglia vengono mai buttati fuori dal sistema) – sistemi per il rifinanziamento. Dunque un modello collaborativo di cura, gestito dalla struttura pubblica, che mette insieme tutte le agenzie che si occupano di servizi ai bambini (“una famiglia, un piano di intervento”), creando una struttura unica che si prende cura e mette insieme pezzi di servizi. I fondi a disposizione per questa area di intervento derivano dai settori della giustizia, del sociale, dell’educativo e del sanitario e, messi integralmente in mano al sistema, vengono utilizzati per garantire lo specifico servizio per ogni singolo ragazzino e la sua famiglia.

La rete esiste, rimodulata su ogni singolo caso, con una partnership molto forte con le famiglie: il modello nasce dall’idea che le famiglie, comunque, sono quelle che conoscono al meglio il proprio ragazzo e, se adeguatamente supportate, sono perfettamente in grado di gestire l’équipe che se ne prende cura.

Anche l’esperienza francese, nata a Versailles quindici anni fa, si caratterizza per un raccordo tra dispositivo solido e accessibile nel territorio ed équipe mobile e rapida d’intervento nelle situazioni di crisi, con modalità multiprofessionale e con linguaggi differenziati in visite a domicilio, in carcere, a scuola, non sulla strada.

L’urgenza diventa la porta di accesso verso l’adolescente e la famiglia: adolescenti reclusi, che non escono dalle stanze; adolescenti tirannici, dove i genitori chiamano perché non reggono più; adolescenti difficili, con problemi multipli, sociali e psichiatrici, che spesso finiscono in collocamenti etero-familiari; crisi suicidarie; situazioni traumatiche; rifiuto scolastico.

La mobilitazione degli operatori permette di accedere a informazioni preziose, rovescia il processo di domanda, evidenzia coinvolgimento, obbliga a una posizione di umiltà e apertura contemporaneamente. Una clinica relazionale ed efficiente che mette le famiglie in posizione di competenza, rende la crisi il più funzionale possibile per gli adolescenti, i genitori o loro sostituti, individua le persone significative, con un ruolo di responsabilità e anche, a volte, riconosce e dice esplicitamente che non si riesce a fare nulla.

Provare ad aprire domande e pensieri, imparare a misurare quello che si sta facendo, offrire possibilità di confronto con altri Paesi: le relazioni del Convegno hanno illustrato modalità di intervento e progetti che vengono anche da modelli di riferimento molto differenti, ma accomunati da alcuni aspetti fondamentali. Serve un sistema completo, con risorse sufficienti, che vuol dire certamente anche formazione; serve disponibilità alla risposta nell’urgenza che non può essere improvvisata; serve anche fare una riflessione chiara e precisa sui requisiti di qualità, forma e sostanza dei reparti di NPI e su quello che dentro i reparti si fa, che non è mai neutro, lavorando rispetto alle possibilità di un raccordo funzionante con il sociale e con il comune; serve attenzione a non istituzionalizzare gli interventi, andando oltre a rigidità organizzative e strutturali; servono rispetto e attenzione a non produrre o alimentare lo stigma. Servono risorse non rigidamente inquadrate in una filosofia perversa dell’accreditamento che congela l’offerta e non risponde alle necessità della domanda.

Federica Zanetto

Studio collaborativo sulla gestione delle convulsioni febbrili

L'ACP, l'Ospedale pediatrico "Burlo Garofolo" di Trieste e la SISIP hanno promosso un semplice studio dal titolo; "La gestione delle convulsioni febbrili con particolare riferimento all'utilizzo degli antipiretici: attitudini di comportamento degli operatori sanitari". Lo studio si pone l'obiettivo di verificare lo stato attuale dei comportamenti da parte del personale sanitario (sia medici che infermieri) sulle convulsioni febbrili del bambino, e le eventuali difformità rispetto alle evidenze e alle linee guida disponibili, su cui agire poi tramite apposite campagne di informazione. I dati che ne scaturiranno saranno quindi di grande importanza per migliorare la qualità dell'assistenza prestata. Per partecipare allo studio è sufficiente leggere un brevissimo scenario clinico e rispondere a un questionario online di cinque semplici domande. La compilazione richiede due minuti. I questionari sono anonimi e i dati verranno trattati e divulgati in modo aggregato. Per partecipare allo studio, andate direttamente al seguente indirizzo:

<http://www.farnt.unito.it/trincherolo/qgen/ricchiama.asp?codice=CONVFEB>

oppure cliccate sulla homepage di www.sisip.it e seguite le indicazioni riportate. Per compilare il questionario vi chiediamo la cortesia di inserire nella prima finestra il seguente codice: CONVFEB10.

Alimenti per l'infanzia

L'ACP, tramite il Gruppo Nutrizione, ha inviato una lettera alla Direzione generale per la sicurezza degli alimenti e nutrizione del Dipartimento Sanità pubblica veterinaria, nutrizione e sicurezza degli alimenti per commentare il "Codice di autodisciplina della Comunica-

zione Commerciale relativa ai prodotti alimentari e alle bevande, a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione", che sta per essere approvato. All'ACP era stato chiesto un parere non vincolante.

Nella lettera si sottolinea che l'ACP ritiene che i codici volontari di autoregolamentazione e i codici di etica della pubblicità nei confronti degli alimenti non contribuiscono a raggiungere obiettivi di salute pubblica, come la letteratura internazionale dimostra in maniera chiara; e ritiene, altresì, che anche un codice o eventuali linee di indirizzo governative potrebbero non avere gli effetti desiderati di salute pubblica, se non accompagnate da un serio e rigido regolamento e da sanzioni adeguate. L'ACP ha espresso preoccupazione per il coinvolgimento dell'industria nella regolamentazione, per un ovvio conflitto di interessi che porterà a norme deboli e/o attuate allo scopo di proteggere le industrie e lasciare i bambini esposti. L'ACP ha sottolineato che per arginare il fenomeno è necessario un approccio multilaterale e internazionale e difatti (peraltro insieme alla SIP) ha aderito all'appello di Altroconsumo che sostiene la proposta di Consumers International (CI) perché si adotti in sede OMS un Codice internazionale sulla pubblicità di alimenti e bevande destinate ai più piccoli.

La finalità del Codice è quella di prevenire i danni alla salute e le conseguenze economiche e sociali legate al consumo di cibi ipercalorici e nello stesso tempo di promuovere il concetto di marketing responsabile. Considerato, tuttavia, che veniva richiesto un parere sul Codice, l'ACP ha proposto di apportare alcune modifiche ad alcuni comma (Principio di lealtà e Presentazione dei prodotti alimentari).

A seguito della ricezione della lettera, l'ACP è stata invitata a partecipare al

Tavolo tecnico scientifico per il miglioramento degli alimenti per l'infanzia: Maria Edoarda Trillò è stata nominata, su proposta della Segreteria del Gruppo Nutrizione, a rappresentare l'ACP.

Lettera ai Delegati italiani del Parlamento Europeo

L'ACP, su proposta del Gruppo Nutrizione, ha inviato una lettera ai Delegati italiani del Parlamento europeo a proposito della Proposta della Commissione europea riguardante le informazioni nutrizionali ai consumatori.

La Commissione, infatti, ha proposto un'etichettatura degli alimenti industriali con un sistema, chiamato semaforo (*traffic lights*), che faciliti al consumatore la scelta e l'acquisto di cibi salutari. Nella missiva si evidenzia che il problema del sovrappeso e dell'obesità in età pediatrica sta divenendo sempre più importante in tutti i Paesi dell'Unione Europea, per cui c'è bisogno di una serie di misure per la prevenzione primaria sia per la salute dei nostri bambini che per gli enormi costi sociali che l'obesità comporta.

L'alimentazione gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'obesità. Il crescente consumo di prodotti industriali con elevato contenuto di zuccheri, grassi e sale ha un impatto molto negativo per la salute dei nostri bambini, i più esposti a questi "junk food".

L'ACP ritiene che la semplice etichettatura di questi prodotti con delle tabelle nutrizionali sia del tutto insufficiente e condivide la proposta della Commissione europea che propone un'etichettatura che faciliti al consumatore la scelta e l'acquisto di cibi salutari.

Questo sistema di etichettatura già utilizzato in Gran Bretagna, Svezia e Norvegia si è dimostrato efficace. Vi diremo se la lettera ha avuto successo. ♦

È corretto dare sculacciate?

Gentile Redazione, ho letto, con piacere, l'articolo "È corretto dare sculacciate?" su *Quaderni acp* (2010; 17:83).

Ho trovato interessante i rimandi alle conseguenze nel breve e nel lungo termine che tale comportamento implica; tuttavia, la soluzione proposta mi lascia perplessa.

Leggo, in diversi interventi, sempre su questa rivista, quanto la Pediatria di famiglia sia una "Pediatria di frontiera", dove la cura del bambino spesso non riesca a integrarsi con la conoscenza del suo nucleo familiare, dove il numero di bambini da visitare e la scarsità di tempo delle parti mal si associano al tentativo di creare una situazione adatta alla costruzione di un rapporto fatto di stima e fiducia tra i genitori e pediatri.

Parlo di stima e fiducia, perché in ambito educativo non ho trovato un approccio scientifico che garantisca un risultato, quale mai debba essere, e, come spesso accade, tutte le teorie, anche quelle scientifiche, sono frutto dei tempi in cui nascono e passibili di errori di contenuto e di metodo. L'educare un figlio non può nascondersi dietro il tecnicismo di una ricetta medica, dove l'ignoranza in materia obbliga e, per certi versi, giustifica un genitore ad affidarsi al medico.

Come madre, se "il pediatra desidera essere il professionista più competente nel confronto con i genitori" cosa dovrei aspettarmi?

Disponibilità al dialogo? Al confronto?

Qui io mi fermo, perché questo desiderata non capisco come possa superare i problemi sopra citati e soprattutto rimanere nei ranghi e nel rispetto (da parte di noi genitori) di uno spirito professionale che non deve diventare missionario (si vedano interventi in proposito sempre sulla vostra rivista)

Detto questo, garantisco di condividere pienamente il rifiuto verso qualsiasi tipo di violenza fisica e verbale nei confronti dei bambini.

Lucia Munari

(mamma di Leonardo, 2 anni e 10 mesi)

Può un pediatra essere l'interlocutore privilegiato nel confrontarsi con i genitori per il benessere del bambino e non solo per la cura delle malattie? No, dice la mamma di Leonardo, perché il tempo limitato e l'ambulatorio sempre affollato sono un serio ostacolo all'incontro genitore-pediatra.

Un'affermazione importante. È vero che la costruzione del rapporto di stima e fiducia che lega genitori e pediatra non è scontata, ma deve essere conquistata da entrambe le parti con il reciproco rispetto e un profondo interesse verso il bambino, missione che sempre deve unire genitori e pediatra; ed è vero che non esiste una ricetta unica per tutti per una buona educazione, ma ogni approccio educativo deve calarsi nella realtà della singola famiglia e confrontarsi con temperamenti, sensibilità e vissuti di ogni componente familiare. La asserzione sul pediatra di famiglia come miglior interlocutore si basa sul fatto che il PdF conosce non solo l'anamnesi, ma la storia di quel bambino dalla nascita, il suo carattere, quello dei genitori, il loro stile educativo e la sensibilità nel rispondere ai bisogni del figlio.

Conoscenza costruita durante i numerosi incontri in occasione delle visite di controllo o per malattia. Durante la visita, talvolta, chiedo se il genitore utilizzi le punizioni corporali; non a tutti i genitori, ma nelle situazioni dove riconosco difficoltà nello stile educativo o se osservo un carattere "difficile" del bambino. Situazioni poco riconoscibili in occasione di una singola visita, ma evidenziabili nella somma delle tante visite che mi uniscono alla famiglia durante il percorso di crescita. Non affronterei, per esempio, il problema delle sculacciate con questa brava mamma, che conosco molto attenta nell'educazione, impegnata nell'informarsi e nel dedicarsi all'impegno sociale. Una recente indagine a Reggio Emilia ha evidenziato che le visite di controllo del PdF durante il primo anno di vita durano in media trenta minuti per almeno sei visite. È questo il momento per imparare a conoscere la famiglia e per costruire una alleanza. Tra pochi anni, questa possibilità, o questo privilegio come l'ho definito inizialmente, non sarà più possibile a causa della prevista importante diminuzione dei pediatri impegnati nelle Cure Primarie. Dovrà esserci un radicale cambiamento nelle pratiche cliniche del pediatra così come nelle aspettative delle famiglie. Quello che la signora teme per l'oggi sarà una probabile realtà nel futuro prossimo. E la possibilità per un pediatra d'intercettare situazioni di rischio, di difficoltà o di riconoscere famiglie che non sanno chiedere aiuto sarà molto ardua se non sarà radicalmente cambiato l'attuale modello di assistenza pediatrica. Ma questo è un discorso che abbiamo iniziato nel numero scorso.

Costantino Panza

La ricerca indipendente; faranno apposta?

Caro Direttore,

ho letto con un certo senso di vergogna l'editoriale di Clavenna e Bonati sulla impossibilità della sperimentazione clinica indipendente per la mancanza degli albi degli sperimentatori (*Quaderni acp* 2010;17:49). È vero che "ad impossibilia nemo tenetur" come si diceva una volta quando citavamo i classici. Ma ci sarà pure un responsabile in ogni luogo che rende il possibile impossibile? O il Decreto di cui parlano i due Autori (quello famoso del 10 maggio 2001) è impossibile da applicare e allora bisognerà pure che l'incapace che l'ha partorito lo sappia e si vergogni o (più probabile?) sono le ignavie dei direttori incapaci a bloccarlo? E perché? Perché sono ignavi o per qualcosa di più grave? Qualcuno non vuole gli albi perché non vuole la ricerca? Insomma servirebbe un supplemento di istruttoria. Con sgomento.

Efrem Marri

Caro Marri,

chi ha contribuito a partorire il Decreto sia che non è impossibile da applicare: alcuni (pochi) l'hanno applicato. Quindi, non si vergogni, ma potrebbe essere sgomento per l'ignoranza (anche la semplice non conoscenza del Decreto) da parte della maggioranza degli operatori sanitari e degli amministratori sanitari in tema di ricerca, in particolare nell'ambito delle cure primarie. Questo forse vuole dire che la ricerca non è ritenuta essenziale per l'assistenza e se questa deve essere fatta non necessariamente deve essere partecipata, da parte di tutti. E questo sì, forse, dovrebbe farci vergognare (tutti), perché vuol dire che non si è compresa la finalità del Decreto che rimandava alla partecipazione, alla ricerca nella pratica, alla ricerca come elemento essenziale della formazione e dell'aggiornamento. Ma la legge non dovrebbe ammettere "ignoranti": così sia i medici che gli amministratori non dovrebbero "scoprire" dopo dieci anni l'esistenza di un Decreto. Come ben sa (anche lei in Italia), il "non sapevo" è spesso più che un'attenuante. Così, non è stato effettuato (dagli organi preposti) un monitoraggio sistematico e continuo nelle singole ASL sull'attuazione del Decreto 10 maggio 2001, l'aggiornamento dell'albo degli sperimentatori e delle attività di ricerca svolte.

Il panorama nazionale è, comunque, molto vario. In alcuni contesti si è proceduto a organizzare corsi per medici e/o pediatri di

famiglia sperimentatori a livello regionale: il primo fu il Veneto nel 2004 con un Corso organizzato dall'Istituto "Mario Negri" e dall'ACP; più recentemente l'Abruzzo, la Campania, il Molise e il Piemonte con Corsi organizzati dalla FIMP per i pediatri. In altre realtà sono state attivate iniziative di formazione e quindi formate liste di sperimentatori di singole ASL, in particolare all'avvio di sperimentazioni condotte in medicina generale (per esempio Rischio e Prevenzione). Per quanto riguarda lo studio ENBe, delle 9 ASL inizialmente coinvolte, 3 non avevano ancora attivato l'albo degli sperimentatori. Di queste, 2 (Napoli 5 e Roma E) hanno in seguito provveduto a costituire la Commissione per la ricerca e organizzare il corso di formazione sulla sperimentazione clinica, mentre da parte di una (Cesena) non è stata fornita alcuna risposta ufficiale, né in seguito alla presentazione della domanda al Comitato Etico (maggio 2009), né dopo un sollecito scritto (dicembre 2009). Non è stato, perciò, possibile includere i pediatri di questa ASL tra gli sperimentatori dello studio ENBe.

La mancata attivazione dell'albo degli sperimentatori è però solo uno degli ostacoli incontrati. Come riportato nell'editoriale di Quaderni acp, l'altro ostacolo è rappresentato dalla tempistica dei Comitati Etici, non conforme a quanto previsto dalla normativa italiana ed europea. Infatti, solo 1 (Chieti) dei cinque Comitati Etici delle ASL dove il registro degli sperimentatori era già attivo ha fornito il parere entro i tempi previsti dalla normativa (trenta giorni dal Parere Unico). Per gli altri i tempi sono stati di 77-123 giorni. L'estremo della "latitanza" è rappresentato dall'ASL di Messina che nonostante numerose richieste di informazione e solleciti (scritti e telefonici), sia all'ASL che al Comitato Etico, per dieci mesi dalla presentazione della richiesta di partecipazione allo studio non ha fornito alcun cenno di risposta.

Ignavia? Sì, forse, non solo. Possiamo solo constatare che dopo quattordici mesi dall'invio delle richieste di partecipazione e l'oneroso lavoro necessario, solo cinque dei Comitati Etici delle iniziali ASL hanno deliberato, altri due di differenti ASL hanno provveduto e per le ultime due siamo ancora in attesa. Tutto questo solo per definire gli sperimentatori. L'inizio dello studio è stato perciò rinviato di un anno. Eppure il Direttore generale dell'AIFA poco dopo il suo insediamento dichiarò che gli studi finanziati dall'Agenzia si dovrebbero eseguire in sei mesi - un anno ... no comment!

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati

Message in a bottle

Cari Giancarlo Biasini, Dante Baronciani, Carlo Corchia, Marcello Orzalesi, Pino La Gamba, Nello Pugliese e in generale cari amici del gruppo di Neonatologia dell'ACP, invio questo messaggio, che è anche un po' un SOS, alle persone del gruppo che meglio mi conoscono: lavoro nella TIN di una grande città del mezzogiorno e dopo quasi 17 anni di un certo tipo di lavoro, posso dire di essere "stremato", ovvero stanco, stufo, insonne e in cerca di un cambiamento e di motivazioni: sono contento di poter avere un punto di riferimento nel gruppo neonatologico ACP, nei cui valori mi riconosco, anche se non so bene che tipo di contributo potrei dare: al momento, credo di essere io in bisogno di aiuto da parte del gruppo in un'analisi di questa mia ormai lunga e "strana" esperienza in TIN.

Un saluto affettuoso, a presto.

Lettera firmata

I neonatologi che lavorano in terapia intensiva sono molto attaccati al loro lavoro, lo amano, lo hanno scelto: è difficile trovarne qualcuno che si trovi lì per caso o che sia scarsamente motivato. Eppure può accadere che dopo tanti anni di attività si avverta il senso di un disagio come quello espresso da un collega in questa bella lettera 'message in a bottle'. Stress, burnout, difetto di comunicazione? No! Semplicemente espressione del bisogno di dare senso morale a ciò che si fa, di rinnovare una scelta, di continuare a crederci. Non accettare il dominio della tecnologia senza porsi domande, andare oltre il meccanicismo metodologico che, per giustificarsi ed imporsi, spesso si ammantava di EBM. E soprattutto non pensare che le risposte e le soluzioni possano essere trovate esclusivamente all'interno delle organizzazioni: è anche importante andare all'esterno, osservare e analizzare ciò che ci circonda, cercare di capire se esistono contraddizioni tra ciò che il nostro posto di lavoro è e ciò che la società e il mondo intorno esprimono. Questo è fare cultura dell'infanzia, questa è ACP. Grazie caro amico, camminiamo insieme.

CC

Hanno impiccato un bambino di 7 anni

Spett. Presidente SIP Alberto Ugazio e Spett. Presidente ACP Paolo Siani

Il 10 giugno alcuni giornali hanno pubblicato una notizia agghiacciante: "In Afghanistan i Talebani hanno impiccato un bambino di 7 anni", reo di non so quale

azione di spionaggio. A distanza di nove giorni da questa atrocità (non so quale aggettivo usare, qualsiasi vocabolo mi venga in mente mi sembra riduttivo, qualcuno mi aiuti a trovarne uno adatto) non riesco a non pensare a questa crudeltà compiuta su un bambino. Com'è possibile che accada questo? Impiccare pubblicamente un bambino nel 2010.

Nel 2001 il regista francese Jean-Jacques Annaud ha girato un film intitolato il "Nemico alle porte", film, credo, che molti abbiano visto sulla battaglia di Stalingrado, con numerose terribili scene di sangue e violenza. Una delle più difficili da vedere è quella del bambino Sacha, usato dai grandi per la loro guerra, come probabilmente questo povero bambino afgano, penzolare impiccato a una pompa d'acqua per locomotive. Credo che il regista, generoso di sangue e atrocità per tutto il film, abbia avuto un po' di pudore o disagio a mostrare il corpicino che penzola dalla forca, così lo ha fatto per pochi secondi, in lontananza, ma la scena è ugualmente quasi impossibile da guardare. Sappiamo che ogni giorno muoiono bambini per fame, per malattie o mancanza di farmaci per curarle, per guerre, per violenze degli adulti, sempre e comunque per qualche crudeltà dei grandi, grandi potenze, grandi interessi, grandi regole del mercato, grandi giochi della politica, grandi... egoismi.

Questo martirio, di uno sconosciuto, piccolo, afgano sembra riassumere la tragedia dell'infanzia nell'inizio del 2° millennio.

Dolorosamente mi sorprende anche che questo fatto abbia avuto così poca risonanza, non grida, non appelli, non dibattiti, non blog o discussioni, l'orrore generale che merita. Non so perché, forse non ci siamo fermati a riflettere a sufficienza, forse non abbiamo guardato nostro figlio, nostro nipote o un qualsiasi bambino di 7 anni e abbiamo immaginato...

A noi pediatri sono richieste, e sicuramente l'abbiamo, una sensibilità, un'attenzione speciali per i bambini e credo che non possiamo dimenticare questa atrocità. Non so cosa fare di concreto, chi coinvolgere e come farlo. Credo che tutti insieme, noi pediatri, dobbiamo fare qualcosa. Cominciamo da un gesto semplice, facciamo uscire il prossimo numero delle due principali e diffuse riviste italiane *Prospettive in Pediatria* e *Medico e Bambino* listate a lutto, spiegandone il motivo e raccogliendo suggerimenti e idee per continuare a ricordare questo piccolo, innocente, sconosciuto martire.

Rossano Rezzonico
Neonatologo, Como

Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.



[Home](#) [ACP.it](#) [News](#) [Appuntamenti](#) [Libri](#) [\[Login\]](#)

Ultime...

- [Un nuovo vaccino contro il meningococco A, dall'India per l'Africa](#)
- [Mamma, mormora lo psichiatra \(da Radio 3 Scienza\) 22/06/2010](#)
- [Pandemia: le domande crescono](#)
- [Il rapporto di Paul Flynn in discussione al Consiglio d'Europa](#)
- [Conflitti di interesse e pandemia](#)

sabato 17 luglio 2010



Un nuovo vaccino contro il meningococco A, dall'India per l'Africa

Medici senza frontiere informa che e' stato autorizzato dall'OMS un vaccino coniugato contro il meningococco A per l'Africa (MenAfriVac) prodotto da una Ditta indiana (1). Ne ha dato notizia il *BMJ* lo scorso 7 luglio (2).

Il nuovo vaccino potrebbe evitare le grandi epidemie, causate prevalentemente dal meningococco A, che affliggono la tristemente nota "cintura della meningite" dell'Africa Sub-Sahariana. Il vaccino polisaccaridico non coniugato contro il meningococco A di cui si dispone finora, offre una protezione di breve durata e non funziona sotto i 2 anni di età. Questo invece potrebbe essere somministrato anche nei più piccoli e produrre difese efficaci e durature, oltre a determinare un calo dei portatori sani e quindi una protezione allargata alla comunità. Un'attesa di grande rilievo che andrà verificata sul campo.

Un altro aspetto interessante è che si tratta di un vaccino prodotto da un'industria indiana (Serum Institute of India) all'interno di un progetto dell'OMS in collaborazione con un'organizzazione no-profit (PATH, Program for Appropriate Technology in Health), invece che da una multinazionale. Ciò ha permesso di superare il capestro dei brevetti e dei costi elevati per ottenere il massimo profitto. MenAfriVac è un vaccino prodotto pensando ai bisogni dei paesi poveri, con costi abbordabili (\$ 0,40 a dose), mettendo al primo posto la salute e non i profitti economici.

1) [La notizia sul sito di Medecines sans frontières](#)

2) [Extract dell'articolo del BMJ](#) (Moszynski P. New meningitis A vaccine is a "breakthrough" for 430 million people at risk. *BMJ* 2010;341:c3552)

[Commenta questo post!](#) (0)

Categoria: [Africa](#), [Meningococco A](#), [Vaccinazioni](#) [Link a questo post](#)

martedì 6 luglio 2010



Mamma, mormora lo psichiatra (da Radio 3 Scienza)

Quaderni acp



Bimestrale di informazione politico culturale e di ausili didattici dell'Associazione Culturale Pediatri Rivista indicizzata in Embase

Google Custom Search

Iscrizioni:

Sottoscrivi il blog via mail

Nati per la musica
NATI PER LA MUSICA A
May 7, 2010

POWERED BY FEEDBURNER

Editoriale

- 145 Tempi difficili per le pubblicazioni indipendenti
Paolo Siani, Giancarlo Biasini

Forum

- 146 A volte è troppo tardi...
Paola Di Nicola

Salute pubblica

- 148 Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale
Pierpaolo Mastroiacovo, Dante Baronciani, Renata Bortolus
- 154 L'infermiere di Triage nel Pronto Soccorso pediatrico
Rosanna Galasso

Salute mentale

- 159 I disturbi del linguaggio. Il ruolo del pediatra
Angelo Spataro

Info

- 160 Nello Martini non doveva essere rimosso dall'AIFA
- 160 Carezza di pediatri. Quante cose non sa Fazio?
- 160 Effetti collaterali da passeggino
- 160 Le pagelle ai dipendenti
- 160 Troppi antibiotici: allerta resistenze
- 160 Sicurezza alimentare
- 160 Qualità percepita
- 160 Survey dell'OMS sui parti
- 161 Linee guida COPE
- 161 Brain Gain Iniziative
- 161 Potenza di Farmindustria (tedesca)
- 161 EBM in Cina
- 161 L'angolo della poppata
- 161 Progetto innovativo di raccolta differenziata

Aggiornamento avanzato

- 162 La sedazione procedurale nel 2010: principi generali
Laura Badina, Marta Minute, Egidio Barbi

168 RINO VULLO: un Maestro

Il caso che insegna

- 169 La febbre: un sintomo frequente non sempre di facile interpretazione
Valentina Bonifacci, Giulia Guerrini, Roberta Burnelli

Occhio alla pelle

- 172 Magia basata sull'evidenza
Pierangela Rana

Esperienze

- 174 Problemi gastroenterologici e nutrizionali nei bambini disabili
Miris Marani, Beatrice Feletti, Maura Ricci

Perunmondopossibile

- 179 Biodiversità e cambiamenti climatici in Europa
Laura Reali

Vaccinacipi

- 180 Pandemia: le domande crescono, le risposte verranno?
Luisella Grandori

Farmacipi

- 181 Mucolitici e propiltiouracile: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego nei bambini
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Tenstories

- 182 Del Awar, bambino afghano di 7 anni impiccato dai Talebani
Stefania Manetti (a cura di)

Film

- 183 Il valore della paternità in *La nostra vita* di Daniele Luchetti
Italo Spada

Libri

- 184 Per una medicina umanistica di *Giorgio Israel*
- 184 Cocomeri in panchina di *Simona Bonavira*
- 184 Vecchie foto di *Franco Dessì (a cura di)*
- 185 In difesa del cibo di *Michael Pollan*
- 185 Saggio sulla lucidità di *José Saramago*

Nati per Leggere

- 186 Veneto. Protocollo d'intesa a Verona
- 186 Sicilia. A Palermo "L'Officina Creativa Interculturale"
- 187 Valle d'Aosta
- 187 Il nuovo sito di Npl

Congressi controllo

- 188 Sicurezza dei pazienti e rischio clinico. Manuale per la Formazione dei MMG e dei PdF
- 188 La crisi psichiatrica acuta in adolescenza: modelli d'intervento

Acp news

- 190 Studio collaborativo sulla gestione delle convulsioni febbrili
- 190 Alimenti per l'infanzia
- 190 Lettera ai Delegati italiani del Parlamento Europeo

Lettere

- 191 È corretto dare sculacciate? *Lucia Munari*
- 191 La ricerca indipendente; faranno apposta? *Efrem Marri*
- 192 Message in a bottle
- 192 Hanno impiccato un bambino di 7 anni
Rossano Rezzonico

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2010 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri e per non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR), indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta - dopo avere versato la quota come sopra indicato - occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Dal 2010 si può anche utilizzare l'addebito automatico sul conto corrente (RID). Gli associati che vorranno scegliere questa modalità di pagamento dovranno indicare, oltre ai dati di cui sopra anche l'IBAN del loro conto corrente postale o bancario, la banca presso cui addebitarlo e lo sportello. In questo caso l'importo della quota verrà addebitato automaticamente dal loro c/c a ogni inizio dell'anno; naturalmente tale addebito potrà essere revocato dal socio in ogni momento attraverso una semplice comunicazione alla sua banca. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale *La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLI** del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.