

L'angolo della comunità s'ispira a una iniziativa di Nature Medicine. Scelto un articolo si chiede il parere di professionisti anche di competenze diverse dagli Autori dell'articolo. Tutti sono chiamati a esprimersi su ciò che l'articolo può cambiare perché parte della comunità: o come specialisti di aree specifiche o semplicemente cittadini curiosi per ogni problema di salute.

Il ritardo dell'intervento per il testicolo ritenuto e le possibili gravi conseguenze

Parole chiave Testicolo ritenuto. Orchidopessi. Infertilità. Neoplasia

Il trattamento del bambino con testicolo ritenuto è stato oggetto di dibattito per decenni. Un recente Consenso di ricercatori di cinque Paesi nordici ha stabilito che l'età ideale per l'intervento di orchidopessi sta fra il 6° e il 12° mese. Un ritardo correla con un rischio di infertilità e degenerazione neoplastica del testicolo ritenuto. Un recentissimo studio (*) ha descritto la situazione in USA, che risulta assai diversa rispetto alle indicazioni. L'analisi delle cartelle cliniche chirurgiche di un database che raccoglie i dati di più di 40 ospedali pediatrici americani ha riscontrato che, tra il 1999 e il 2008, solo il

18% dei bambini con diagnosi di criptorchidismo è stato operato prima dell'anno di età e solo il 43% prima dei due anni. Età media di intervento: 4,4 anni. Queste percentuali non si sono modificate nel corso del decennio analizzato. In sostanza un intervento troppo tardivo. Gli Autori ipotizzano due scenari per una interpretazione di questo ritardo: un'attesa eccessiva prima dell'intervento o l'esistenza di un numero, più alto di quanto si ritiene, di testicoli retrattili che diventino ritenuti solo in un secondo tempo, quindi ben dopo i due anni di età. Gli Autori suggeriscono come rimedio per migliorare questa situazione una diffusione delle linee guida e una sensibilizzazione dei pediatri e dei chirurghi.

*Kokorowski PJ, Routh JC, Graham DA, et al. Variations in Timing of Surgery Among Boys Who Underwent Orchidopexy for Cryptorchidism. *Pediatrics* 2010;126:e576-e582.

IL PEDIATRA - I rischi della ritenzione testicolare sono noti. Non stupisce la conclusione della ricerca di Kokorowski perché conferma i risultati di un recente studio di coorte italiano (Marchetti F, et al. La gestione del bambino con testicolo ritenuto. *Medico e Bambino* 2010;29:250-8), condotto in collaborazione tra ACP, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e Clinica pediatrica dell'Università di Chieti. Ha analizzato 177 bambini con diagnosi di criptorchidismo nati nel 2004 e 2005 e seguiti da 140 pediatri di famiglia. Ha messo in evidenza che solo il 14% dei bambini con criptorchidismo viene attualmente operato prima di un anno di età, il 63% entro i due anni. L'età media al momento dell'intervento è di 1,9 anni. Risultati molto simili a quelli americani e analogo l'aumento del rischio, che deriva da due studi diversi e che si completano a vicenda: uno, l'americano, parte dalle chirurgie e quindi da casi selezionati; l'altro, quello italiano, dalla popolazione generale. Che fare? In Italia c'è uno strumento che va attivato: la collaborazione tra pediatra di famiglia e chirurgo che può avere un ruolo importante nella gestione del bambino criptorchide: il pediatra è responsabile della diagnosi corretta e del follow-up; il chirurgo dell'effettuazione dell'intervento nei tempi opportuni. Una migliore collaborazione, con condivisione dei medesimi protocolli diagnostico-terapeutici, è dunque necessaria per migliorare gli esiti dei bambini con questo problema. Meglio darsi da fare.

Giacomo Toffol, Pediatra di famiglia, Asolo
giacomo@giacomotoffol.191.it

IL CHIRURGO - Lo studio sul timing nel trattamento del testicolo ritenuto negli USA rivela comportamenti simili a quelli italiani: un ritardo nella correzione. Pur con le ovvie diversità fra USA e Italia di popolazione e di sistemi assistenziali si possono avanzare alcune considerazioni che sembrano valide in generale: - non vi è buona conoscenza delle linee-guida da parte dei pediatri; - non vi è buona attenzione a segnalare ai genitori il problema del loro bambino e i tempi di correzione consigliati; - si prescrivono ecografie seriate e solo tardivamente il bambino viene inviato al chirurgo; - il chirurgo deve attenersi ai criteri delle liste di attesa: il testicolo è ritenuto patologia minore, non urgente, soggetta a un'attesa che ne ritarda il trattamento; - nel ritardo incidono sicuramente le forme acquisite, per molto tempo sottostimate (nello studio USA il 31% di orchidopessi si riferisce all'età 7-18 anni). Che fare? - divulgare tra i pediatri le LLGG sul testicolo ritenuto, compresa l'attenzione ai testicoli mobili e alle possibili ascensioni secondarie; - annotare nel libretto sanitario la condizione di testicolo ritenuto e le caratteristiche cliniche (palpabile, non palpabile, mobile ecc.); - inviare il bambino precocemente al chirurgo, che dovrà programmare l'intervento nel rispetto dei tempi consigliati; - favorire la realizzazione di "progetti" finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per garantire il corretto timing nella correzione.

Giovanna Riccipetoni, Direttore Chirurgia Pediatrica Osp. dei Bambini V. Buzzi, Milano
giovanna.riccipetoni@icp.mi.it

IL MANAGER - L'articolo propone un intervento che può influire su fertilità, natalità, tumori: può interessare un manager che opera in un ambito locale? Si pensa che il manager in sanità sia guidato dai dati di attività e di consumo monitorati dal controllo di gestione; che da queste "letture" si definiscano le strategie per i bisogni di salute. E le buone pratiche cliniche? Devono interessare i manager perché i servizi erogati rispondano sia ai bisogni di salute che alle migliori conoscenze. Il che non è evidenziabile da dati del controllo di gestione bensì da altre "letture" lontane dal manager, ma vicine ai clinici cui spetta la conoscenza della letteratura. La modernizzazione dei comportamenti professionali e l'attenzione all'impatto di questi sulla salute nascono dalla frequentazione di entrambe le professioni e poi dalle valutazioni di fattibilità. Inserendo nel sistema i suggerimenti di Kokorowski si ha che il numero dei casi da trattare (ma va valutata l'incidenza dei testicoli in ascensore) non dovrebbe essere diverso dall'attuale ma si devono pianificare gli interventi per i bambini "sfuggiti" e da operare in un momento successivo a quello di elezione portandoli al tavolo dal quarto al primo anno di vita. Va compreso se questo aumento temporaneo di attività determinerà un allungamento nelle liste di attesa o comporterà più attività ambulatoriale e se questo non consigli un riassorbimento scaglionato nella pianificazione chirurgica. Le politiche materno-infantili sono oggi fragili e la salute dell'infanzia non sta a cuore a coloro che dispongono i finanziamenti. E questo aumenta il costo personale della scelta per chi la deve fare nei livelli locali.

Antonella Brunelli, Direttore di Distretto, AUSL Cesena
abrunelli@ausl-cesena.emr.it

LA GIORNALISTA - Sono perplessa nel dover dire la mia. Non sono una pediatra, non mi occupo di chirurgia e non sono nemmeno una mamma. Non rientro dunque tra le figure coinvolte nel problema del bambino con criptorchidismo. Sono però - come chiede la rubrica - parte della comunità. Potrei commentare che, anche in questo ambito della professione medica, dal mio osservatorio vedo uno scarto tra le conoscenze scientifiche e la realtà clinica; si osserverà anche una difficoltà nel cambiare una prassi clinica consolidata? Temi ricorrenti, discussi e ridiscussi (e in parte irrisolti) nella medicina basata sulle prove e centrata sul paziente. La sensazione è che qualsiasi mio commento sia banale, non aggiunga nulla di nuovo al *già sentito dire*. Oggi siamo tempestati di notizie e pareri, sembra che tutti sappiano tutto; circolano tante (troppe) informazioni: vere e inaffidabili, utili e inutili. In questo mare magnum, il medico di oggi deve discriminare quale informazione sia utile e quale informazione valga un cambiamento nella pratica clinica; deve saper riconoscere il buono dal cattivo e dal *già sentito dire*, e cosa sia opportuno trasferire nella pratica quotidiana. Più informazione può anche voler dire più incertezza e, paradossalmente, più prudenza nel cambiare una pratica consolidata e sicura. Atul Gawande (*Con cura*, Einaudi) identifica tre diversi approcci al cambiamento: "Ci sono gli adottanti precoci, quelli tardivi e poi quelli sceltici. Un medico può avere delle buone ragioni per scegliere una di queste strade". Potremmo aggiungere gli adottanti intenzionali. Essere aperti al cambiamento, in modo consapevole e prudente, con l'obiettivo di essere un buon medico e un buon cittadino.

Laura Tonon, redattrice medico-scientifica
laura@think2.it