

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

Bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della Associazione Culturale Pediatri

www.acp.it



Rivista indicizzata in Google Scholar e in SciVerse Scopus

ISSN 2039-1374

Il sanguinamento gastro-intestinale

[FAD, pag. 102](#)

Panoramica sulla pancreatite acuta in età pediatrica

[Aggiornamento avanzato, pag. 118](#)

Il pediatra di famiglia e la gestione condivisa tra ospedale e territorio del bambino emato-oncologico

[Salute pubblica, pag. 122](#)

Editorial

- 97 A special group and 25 years of Quaderni acp
Michele Gangemi
- 98 Berry Brazelton
Gherardo Rapisardi
- 99 Wonca Italy-ACP: a collaboration that starts from afar and that could go far
Patrizia Elli, Andrea Moser
- 100 Health and climate change in Italy... not just a matter of a few degrees
Giacomo Toffol, Laura Reali
- 101 Blister
Enrico Valletta

Distance learning

- 102 Gastrointestinal bleeding
Martina Fornaro, Enrico Valletta

Info parents

- 108 Constipation
Stefania Manetti, Antonella Brunelli, Costantino Panza

Nominations

- 109 Curricula of candidates for the ACP National Executive Council and the ACP National Presidency

Research

- 111 Prepare children to perform MRI without sedation
Michele Capurso, Corrado Rossetti, Luca Mutti, Aurora Vecchini, Anita Ciani

Reserch letter

- 115 The shift in care from the family paediatrician to the general practitioner: is it possible to bridge the information gap?
Patrizia Elli, Vittorio Caimi

A close up on progress

- 118 Acute pancreatitis in children: an overview
Nicole Caporelli, Marco Cipolli

Public health

- 122 The family paediatrician and the shared management of children with hemato-oncological diseases
Milena La Spina, Raffaella Colombatti, Piera Samperi, Andrea Di Cataldo, Laura Sainati, Giovanna Russo

Mental health

- 127 Child Neuropsychiatry: true or false epidemics?
Intervista di Angelo Spataro a Francesco Ciotti

A window on the world

- 129 Wars, children and women
Enrico Valletta

Keep an eye on skin

- 131 Giuseppe and the itch
Andrea Diociaiuti

Personal accounts

- 133 Early Child Development (ECD) in the paediatrician's office. Monitoring and promotion of neurodevelopment during well-child visits in Umbria
Mariolina Frigeri, Carla Berardi, Gianni Di Stefano, Stefano Francario, Roberta Usella, Giorgio Tamburlini

Around narration

- 136 The expert patient: the incentive of being a parent and a caregiver
Stefano Mazzariol

Vaccinacipi

- 138 Vaccinate all children against the flu?
Roberto Buzzetti, Rosario Cavallo

140 Books

142 Movies

143 Letters

Direttore

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessi

Direttore editoriale

Giancarlo Biasini

Presidente ACP

Federica Zanetto

Comitato editoriale

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Luciano de Seta

Stefania Manetti

Costantino Panza

Laura Reali

Paolo Siani

Maria Francesca Siracusano

Maria Luisa Tortorella

Enrico Valletta

Federica Zanetto

Comitato editoriale

pagine elettroniche

Costantino Panza (coordinatore)

Laura Brusadin

Claudia Mandato

Maddalena Marchesi

Laura Reali

Patrizia Rogari

Giacomo Toffol

Collaboratori

Fabio Capello

Rosario Cavallo

Francesco Ciotti

Giuseppe Cirillo

Antonio Clavenna

Franco Giovanetti

Italo Spada

Augusta Tognoni

Progetto grafico ed editing

Studio Oltrepagina, Verona

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi

AMMINISTRAZIONE:

tel./fax 0783 57024

DIREZIONE:

direttore@quaderniacp.it

UFFICIO SOCI:

ufficioci@acp.it

STAMPA: Cierre Grafica

www.cierrenet.it

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita online della letteratura medica ed è disponibile integralmente all'indirizzo:

www.quaderniacp.it

Redazione

redazione@quaderniacp.it

NORME REDAZIONALI PER GLI AUTORI

I testi vanno inviati alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) con la dichiarazione che il lavoro non è stato inviato contemporaneamente ad altra rivista. Per il testo, utilizzare carta non intestata e carattere Times New Roman corpo 12 senza corsivo; il grassetto solo per i titoli. Le pagine vanno numerate. Il titolo (italiano e inglese) deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo e sintetico. Può essere modificato dalla redazione. Vanno indicati l'Istituto/Ente di appartenenza e un indirizzo e-mail per la corrispondenza. Gli articoli vanno corredati da un riassunto in italiano e in inglese, ciascuno di non più di 1000 caratteri, spazi inclusi. La traduzione di titolo e riassunto può essere fatta, se richiesta, dalla redazione. Non devono essere indicate parole chiave.

- Negli articoli di ricerca, testo e riassunto vanno strutturati in Obiettivi, Metodi, Risultati, Conclusioni.
- I casi clinici per la rubrica "Il caso che insegna" vanno strutturati in: La storia, Il percorso diagnostico, La diagnosi, Il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato.
- Tabelle e figure vanno poste in pagine separate, una per pagina. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde, secondo l'ordine di citazione.
- Scenari secondo Sakett, casi clinici ed esperienze non devono superare i 12.000 caratteri, spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri, spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Le lettere non devono superare i 2500 caratteri, spazi inclusi; se di lunghezza superiore, possono essere ridotte dalla redazione.
- Le voci bibliografiche non devono superare il numero di 12, vanno indicate nel testo fra parentesi quadre e numerate seguendo l'ordine di citazione. Negli articoli della FAD la bibliografia va elencata in ordine alfabetico, senza numerazione. Esempio: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2000;5:10-4. Nel caso di un numero di autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al. Per i libri vanno citati gli autori secondo l'indicazione di cui sopra, il titolo, l'editore, l'anno di edizione.
- Gli articoli vengono sottoposti in maniera anonima alla valutazione di due o più revisori. La redazione trasmetterà agli autori il risultato della valutazione. In caso di non accettazione del parere dei revisori, gli autori possono controdedurre.
- È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.

IN COPERTINA

Non io!, Tiziana Cristiani, referente NPL Regione Campania

Publicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949
© Associazione Culturale Pediatri ACP
Edizioni No Profit



Un gruppo speciale e 25 anni di Quaderni acp



Michele Gangemi

Direttore di Quaderni acp

Ho deciso di raccontarvi come lavora la redazione di *Quaderni acp* non solo per portarvi dietro le quinte, ma soprattutto per farvi comprendere un metodo di lavoro basato sul confronto tra pari e sull'ascolto attivo.

Ho appena finito di leggere l'ultimo libro di F. Vargas in cui il mitico ispettore Adamsberg trasforma i suoi protopensieri in pensieri veri e propri e in piste investigative grazie al confronto con i suoi collaboratori. Questo è quanto succede nella redazione di *Quaderni acp*, sia per via telematica che nelle riunioni residenziali, sempre caratterizzate da un clima collaborativo e da un vero confronto sulla linea editoriale. Il gruppo dei redattori ha costruito nel tempo le proprie dinamiche, attente anche a scambi con l'esterno: ogni responsabile di rubrica, grazie anche a collaboratori al di fuori del gruppo ristretto, propone temi e autori da condividere collegialmente.

Il ricambio è lento e graduale, per permettere l'inserimento di nuovi redattori in un sistema già collaudato. Parafrasando un titolo di Rampini... noi abbiamo gli orologi e loro il tempo.

L'ultima, recente entrata in redazione è quella di Daniele De Brasi, pediatra ospedaliero napoletano con competenze anche in genetica clinica.

Le pagine elettroniche di *Quaderni acp* hanno una propria redazione i cui componenti, risorsa nuova e preziosa, partecipano a rotazione alle riunioni redazionali di *Quaderni acp*. Dal numero 1/2018 la seconda di copertina elenca i componenti di questo specifico comitato editoriale coordinato da Costantino Panza. Le quote rosa sono ampiamente rispettate in entrambe le redazioni, con una prevalenza nel comitato editoriale delle pagine elettroniche.

Le pagine elettroniche di *Quaderni acp* ospitano e implementano la "newsletter pediatrica" che, realizzata grazie ai contributi dei gruppi di lettura ACP, offre una lettura critica di lavori interessanti per la pediatria generalista, selezionati dalla letteratura pediatrica internazionale. L'attenzione al metodo e alla ricaduta effettiva nella pratica connota questa iniziativa di letteratura secondaria. La supervisione di R. Buzzetti, S. Di Mario, L. Ronfani ne garantisce rigore e qualità.

Nelle pagine elettroniche di *Quaderni acp* trovano spazio anche documenti significativi, commentati da esperti del tema di volta in volta in oggetto, e la sezione "Ambiente e salute" con contributi curati dal gruppo di lavoro ACP "Pediatri per un Mondo Possibile".

"Narrare l'immagine" porta invece l'attenzione alle medical humanities, aspetto di fatto ancora poco presente nella formazione medica.

Accanto alle pagine elettroniche, la redazione di *Quaderni acp* cura, in ogni numero della rivista, il percorso di formazione a distanza, con la pubblicazione di un dossier fruibile da tutti i lettori



e integrato da casi clinici didattici, disponibili per gli iscritti alla FAD: una proposta formativa di qualità che continua a suscitare interesse, grazie anche alla professionalità del provider, e valida anche ai fini ECM.

La rubrica "A colpo d'occhio" consente una doppia fruizione, sia sulla rivista cartacea che sul web, con gli effetti speciali.

Perché ho voluto raccontare come lavora la redazione di *Quaderni acp*? Il senso sta proprio nell'unicità nel panorama italiano, perlomeno pediatrico, di un lavoro redazionale di questo tipo che permette confronto continuo, crescita reciproca dei componenti la redazione, apertura e curiosità di cui andare orgogliosi. Il contatto con i lettori resta fondamentale per migliorare, e l'auspicio è quello di riuscire ad avere da loro sempre più contributi, sia come proposte che come collaborazione.

Il lavoro non retribuito dei redattori, con il solo rimborso per le spese delle riunioni di redazione, rende possibile produrre una rivista senza ricorso a sponsor. La filiera che porta al prodotto finale si basa su ottimi professionisti (Lori Olivieri; Alessandra Rossi e Andrea Moras dello Studio Oltrepagina; Glauco Plebani per la tipografia Cierre) e sull'impareggiabile lavoro di Gianni Piras, iron man nello sport e garante di tutta la parte segretariale e della programmazione web.

Quaderni acp compie quest'anno 25 anni: la sua durata e la sua crescita dimostrano anche la bontà del lavoro per produrla.

La foto che completa l'articolo comprende i membri della redazione cartacea, tranne D. De Brasi, entrato successivamente tra i redattori. Si rimanda al prossimo editoriale la foto della redazione delle pagine elettroniche.

✉ migangem@tin.it

Berry Brazelton



Gherardo Rapisardi

Pediatra e neonatologo, AUSL Toscana centro, Firenze



Il 13 marzo 2018 all'età di 99 anni è morto T. Berry Brazelton, il pediatra americano che ha rivoluzionato il modo di intendere lo sviluppo del bambino e quello di interagire con lui e la sua famiglia.

Pediatra e psichiatra infantile, professore emerito di Pediatria alla Harvard Medical School, autore di oltre 200 pubblicazioni e più di 40 libri tradotti in 20 lingue, ha ricevuto premi e riconoscimenti in tutto il mondo, tra cui nel 2000 il titolo di Living Legend dalla Biblioteca del Congresso USA, nel 2002 il World of Children Award per i successi raggiunti nella child advocacy. Nel 2013 Barack Obama gli ha conferito una Presidential Citizens Medal, la seconda massima onorificenza civile negli USA e nel 2016 il Lifetime Achievement Awards da *Zero to Three*. Tra i suoi maestri Benjamin Spock, di cui aveva preso il posto come "Pediatra d'America", lo psichiatra Jerome Bruner, l'antropologa Margaret Mead, che lo appassionò allo studio dell'accudimento infantile nelle diverse culture.

Nel 1967 fu nominato nel Children's Hospital di Boston "Coordinatore dell'Assistenza ai Pazienti", che trasformò radicalmente con il coinvolgimento attivo dei genitori nelle cure dei bambini. Nel 1972 fondò la Child Development Unit, centro di formazione e ricerca pediatrica e diede vita al primo corso di perfezionamento in Developmental and Behavioral Pediatrics. Fondatore del National Center for Clinical Infant Programs, oggi *Zero to Three*, di cui fu presidente dal 1988 al 1991.

Nel 1995, assieme a Kevin Nugent, attuale direttore del Brazelton Institute, promosse la costituzione dei Brazelton Center in tutto il mondo, di cui uno è presente in Italia all'Ospedale Meyer di Firenze. Nel 1996 fondò il Brazelton Touchpoints Center, da cui sono nati 135 Touchpoints Site negli Stati Uniti, uno a Lisbona nel 2002 e uno a Roma nel 2016.

Al Congresso americano ha sostenuto le leggi per il congedo parentale per malattia e per migliorare l'accesso alle cure pediatriche e la loro qualità per tutti i genitori lavoratori, sensibilizzando l'opinione pubblica sulla situazione dei bambini che vivono in povertà e sollecitando l'inclusione dei loro bisogni e diritti nell'agenda politica nazionale. Una sua collaboratrice dei primi anni di ricerca e attività, Heidelise Als, è oggi universalmente riconosciuta come la 'madre' della rivoluzione che dagli inizi degli anni '80 ha radicalmente cambiato gli ambienti delle Terapie Intensive Neonatali. Suoi allievi e collaboratori sono stati tra gli altri personaggi del calibro di Ed Tronick, Barry Lester, Kevin Nugent, Joshua Sparrow, Barry Zuckerman e molti altri, che hanno dato contributi originali e ampiamente diffusi e condivisi nei rispettivi campi di azione (per una più dettagliata descrizione vedi *Bambini e Famiglie*, ed. Cortina, 2015).

Non è facile orientarsi e apprezzare la vastità, la complessità, la ricchezza e la profondità dei contributi di un uomo straordinario, che è stato molto di più che un pediatra e psichiatra infantile di successo.

Come scrive Barry Lester "T. Berry Brazelton ha messo il bambino al centro dell'universo della scienza dello sviluppo infantile e ha rivoluzionato il modo in cui pensiamo, comprendiamo e studiamo i bambini".

Le differenze individuali, le prime interazioni con i caregiver, la guida anticipatoria, l'assistenza centrata sulla famiglia, la teoria dei sistemi dinamici nello sviluppo umano e la collaborazione interdisciplinare, sono solo alcuni dei campi di studio più diffusi e noti in cui il lavoro di Brazelton continua ad influenzare la ricerca, la pratica clinica e i piani d'azione.

Fin dagli anni '50 Brazelton ha dato un forte impulso al riconoscimento delle competenze del neonato, visto come un essere sociale, predisposto a interagire attivamente con la madre e con le altre persone che si prendono cura di lui, riuscendo a influenzare il tipo di accudimento necessario alla propria sopravvivenza. Ciò portò alla pubblicazione di uno dei suoi più celebri libri, *Infants and Mothers* (1969) e alla prima edizione della Scala di Valutazione del Comportamento del Neonato (NBAS, 1973), strumento di ricerca che tanto ha contribuito alla conoscenza delle caratteristiche individuali del comportamento neonatale e dei fattori che lo determinano.

Tra gli aspetti più originali del suo contributo troviamo il riconoscimento del linguaggio del comportamento del bambino come mezzo dell'operatore per entrare in relazione con i genitori e sostenerne le competenze, aprendo un canale privilegiato nella comunicazione con loro. Così come l'applicazione del *modello positivo* nella clinica e nell'intervento: un approccio che ricerca, accoglie e valorizza le competenze del bambino e dei genitori, riconoscendo alla loro relazione il ruolo di principale determinante dello sviluppo infantile, sia in caso di normalità che di patologia.

Aspetti che fanno parte dell'approccio Touchpoints, che prende il nome dai momenti sensibili dello sviluppo che offrono l'opportunità di avvicinarsi al sistema famiglia in periodi in cui il comportamento del bambino si disorganizza e, di conseguenza, può disorientare i genitori, alle prese con i loro compiti di accudimento ed educativi. La sua comprensione fa parte integrante della rete di sostegno di cui i nuovi genitori sembrano oggi avere sempre più bisogno. Venire aiutati a comprendere i comportamenti del bambino e allo stesso tempo i propri istinti, emozioni, incertezze, frustrazioni e disorientamenti verso di lui, aiuta a entrare in contatto con il magico mondo della crescita e dello sviluppo infantile, aumentando la confidenza e il senso di competenza che si prova in questo difficile ruolo.

Chi ha conosciuto personalmente Berry Brazelton sa che la capacità di leggere il comportamento del bambino era parte integrante della sua personalità: vederlo al lavoro con i bambini era affascinante per tutti, dai genitori che si sentivano non giudicati ma sostenuti con empatia e da una guida sicura, ai bambini facilmente catturati da un grande uomo simpatico che usava con naturalezza il loro linguaggio, agli operatori che si riconoscono nelle parole di Daniel Stern "guardandolo viene voglia di saper fare ciò che lui fa con il bambino, solo in parte connesso con il sapere e molto più vicino al saper essere". Il rispetto e l'affetto che portava nella relazione con bambini e genitori è ciò che Brazelton raccomandava durante i suoi incontri con tutti gli operatori. Un grande maestro, esempio e testimonianza di una vita dalla parte dei bambini e dei loro genitori, i cui insegnamenti continueranno a lungo a promuovere lo sviluppo di tanti bambini, genitori e famiglie, operatori e comunità.

Wonca Italia-ACP: una collaborazione che parte da lontano e che potrebbe andar lontano



Patrizia Elli*, Andrea Moser**

*Pediatria, Consigliere nazionale ACP; **Medico di famiglia, Presidente Wonca Italia

Lavorare, pensare, ricercare insieme, pediatri e medici di famiglia, è ciò che è accaduto nell'ormai lungo percorso di collaborazione tra ACP e società scientifiche di medicina generale all'interno di Wonca (World Organization of National Colleges and Academies of Family Medicine/General Practice).

L'incontro tra ACP e Wonca avviene nel 2005 in occasione dell'organizzazione del Congresso di Wonca Europe, svoltosi a Firenze nell'agosto 2006. È in questa occasione che Michele Gangemi entra a far parte del Comitato scientifico del Convegno di Wonca Europe e successivamente, su suo mandato, gli subentra Patrizia Elli che rappresenta tuttora ACP in Wonca Italia. È una lunga storia di collaborazione e di condivisione tra medico di medicina generale (MMG) e pediatra di famiglia (PdF) che per brevità possiamo riassumere nei seguenti momenti principali:

- ACP è presente sia nel Comitato scientifico del Congresso di Wonca Europe che al Congresso, con relazioni tenute da Stefania Manetti, Patrizia Elli e Laura Reali;
- dall'esperienza del Convegno di Firenze nasce Wonca Italia, inizialmente gruppo informale costituito dalle società scientifiche della medicina generale e, sempre unica rappresentante della pediatria, dall'ACP (Patrizia Elli, Federica Zanetto). Nel 2011 viene data una forma ufficiale al gruppo che verrà denominato "Coordinamento italiano delle società scientifiche aderenti a WONCA", per brevità Wonca Italia (WI);
- il 6-7 marzo 2009 si svolge a Roma il primo Workshop di Wonca Italia con il seguente titolo: "L'assistenza alla famiglia. Il rapporto tra pediatra di famiglia e medico di medicina generale: discontinuità, contiguità o progetto condiviso?". È stato elaborato un documento finale (visibile sul sito www.coordinamentowoncaitalia.it) che indica le aree che necessitano di una revisione e puntualizzazione condivisa e integrata tra MMG e PdF;
- 2012: ACP partecipa al progetto di sorveglianza del rischio radiologico in età pediatrica (A.M. Falasconi, D. Corbella) (v. *Quaderni acp* 2012;19:146-8);
- 2015: ACP partecipa al "progetto di passaggio in cura", estesamente illustrato in questo numero;
- 2017: si svolge a Lecce il Convegno Wonca Italia "Prevenire l'eccesso di cure con l'ascolto e la condivisione. Sovra-medicalizzazione e Prevenzione quaternaria". ACP è presente con A.M. Falasconi (che relaziona su "Fare meglio con Meno") e P. Elli con la relazione "Prevenzione quaternaria e medicina narrativa" (v. *Quaderni acp* 2017;24:284).

Molto è stato fatto ma sicuramente molto ancora si può fare, soprattutto pensando che MMG e PdF, pur facendo parte entrambi del sistema delle cure primarie, di fatto costituiscono due comparti non comunicanti che gestiscono la medesima famiglia senza alcun momento di condivisione (v. *Quaderni acp* 2013;20:98). Una delle locuzioni più frequentemente usate per indicare il MMG è "Medico di famiglia". Forse non è il termine più moderno e adatto alla professionalità che si sta delineando in questi anni, ma ren-

de bene l'idea non tanto della relazione affettiva del paziente verso il medico, che viene riconosciuto quale riferimento principale per tutto il nucleo familiare, quanto del tipo di approccio e cultura che viene richiesta al medico del territorio per lavorare "bene": conoscere non solo il malato, ma il suo intero contesto familiare.

Questo non è forse importante per curare un singolo episodio di malattia acuta, quanto per pensare a una capacità di presa in carico globale e di organizzazione di piani di cura in situazioni più complesse: su quali risorse contare, quali equilibri preservare, quali ostacoli si potrebbero creare nell'allestimento di un'assistenza a un paziente cronico fragile...

L'approccio sul territorio non è alla malattia ma al problema di salute che si sviluppa in una persona che vive in un suo specifico contesto: per affrontare la patologia è impossibile prescindere dalla conoscenza del contesto familiare e sociale in cui il paziente si trova. È esperienza comune, per i MMG, che curare il singolo componente di un nucleo familiare o avere in carico tutto il nucleo crea condizioni e modalità terapeutiche molto diverse.

Partendo quindi da queste riflessioni e riprendendo in esame le aree di intervento indicate dal documento del workshop, è facile intravedere quale possa essere il futuro lavoro comune.

Esistono aree di intervento che riguardano entrambe le figure professionali e che possono giovare delle rispettive esperienze e delle conoscenze spesso differenti ma complementari.

Occorre acquisire un linguaggio comune specie nell'area della prevenzione e dell'educazione alla salute (v. prevenzione abuso sostanze, alimentazione e stili di vita, educazione sessuale...). I messaggi in questo modo potrebbero essere più efficaci perché fatti congiuntamente.

Un buon punto di partenza è la previsione di momenti formativi comuni. Due validi strumenti come la Newsletter pediatrica e la FAD di *Quaderni acp*, nati e consolidati all'interno di ACP, potrebbero essere condivisi con i MMG concordando argomenti di interesse comune quali le aree dell'adolescenza, delle malattie croniche, delle vaccinazioni, dell'allattamento. Il tema del rapporto tra inquinamento ambientale e salute, con il corposo lavoro del gruppo ACP "Pediatri per un mondo possibile" (PUMP), potrebbe avvalersi della collaborazione dei medici di famiglia sia nell'ambito della ricerca che della diffusione dei risultati tra i pazienti.

In un momento di grandi cambiamenti per la medicina del territorio, come quello attuale, e di grande spinta all'aggregazione di PdF e MMG in poliambulatori e sedi comuni, va colta l'opportunità della vicinanza e della gestione delle medesime famiglie da parte dello stesso gruppo, con la proposta di modalità nuove di presa in carico e progetti di ricerca comuni, quali sono stati la produzione della scheda per la presa in carico dell'adolescente e la sorveglianza del rischio radiologico in età pediatrica.

Aprirsi a professionalità diverse o contigue è la sfida da perseguire, possibile nell'ambito della collaborazione Wonca Italia-ACP.

Cambiamento climatico e salute in Italia... non è solo una questione di qualche grado in più



Giacomo Toffol, Laura Reali

Pediatri per un mondo possibile ACP

Il 6 marzo si è svolto a Roma un workshop organizzato da Ministero della Salute, Ministero dell'Ambiente, Istituto Superiore di Sanità e OMS sugli effetti del cambiamento climatico in atto sulla salute delle persone e soprattutto dei bambini nel nostro Paese. Nell'ambito di un progetto mondiale portato avanti dall'OMS, in tale occasione è stato presentato ufficialmente il primo profilo del clima e dei suoi effetti sulla salute in Italia (WHO UNFCCC Climate and health country profile for Italy).

Il profilo, risultato di una minuziosa analisi intersettoriale e multidisciplinare, fornisce i dati attuali e le previsioni future sul rapporto tra cambiamento climatico e salute in Italia, analizzando i fattori di maggior impatto ovvero l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, le risorse idriche e la gestione dell'acqua, le malattie infettive e da vettori, la produzione primaria e la sicurezza alimentare, le migrazioni, gli ecosistemi e la biodiversità, anche in ambienti urbani. L'Italia, insieme agli altri Paesi che si affacciano sul Mediterraneo, è tra le Regioni del mondo più vulnerabili ai cambiamenti climatici e agli eventi estremi. Nel contesto internazionale dei Paesi avanzati il nostro è il Paese che presenta il più alto rischio di mortalità aggiuntiva, legato alle ondate di calore e all'aumento complessivo delle temperature [1,2]. Un esempio è rappresentato dal 13% di incremento della mortalità degli ultrasessantacinquenni, verificatosi nell'estate 2015 e dovuto in gran parte al caldo [3].

Il cambiamento climatico sta già esacerbando alcune criticità italiane, quali la carenza di infrastrutture, l'inquinamento postindustriale e l'intrinseca vulnerabilità idrogeologica e sismica. L'aumento delle temperature, l'erosione costiera, le inondazioni e la siccità acuiscono una penuria d'acqua sempre più preoccupante, se pensiamo che l'anno scorso ben 6 regioni su 20 hanno richiesto al governo di dichiarare lo stato di emergenza da stress idrico. L'Italia utilizza abitualmente una quota compresa tra il 30% e il 35% delle sue risorse idriche rinnovabili, valore che secondo i parametri universalmente adottati la definisce Paese a rischio medio-alto di stress idrico [4]. I dati del decennio 2001-2010 indicano un incremento medio del 6% nell'uso di risorse idriche rinnovabili rispetto al precedente periodo di 30 anni (1971-2001), e questa tendenza positiva è confermata anche dalle ultime stime [5]. La penuria d'acqua si sta verificando sia nelle regioni del centro-sud, come conseguenza del calo delle precipitazioni, sia nelle regioni del nord, a causa della riduzione dei ghiacciai alpini, che rappresentano il più importante serbatoio di acqua dolce in Europa. Questa carenza potrebbe determinare un aumento della desertificazione dei suoli, con riduzione della produzione agricola e maggiore rischio di incendi boschivi, minacciando di conseguenza il progresso economico del nostro Paese.

Gli effetti avversi del cambiamento climatico in atto incidono anche sulla qualità dell'aria, aggravando i livelli di inquinamento già troppo elevati, in particolare nei contesti urbani, e potrebbero portare anche a cambiamenti nella distribuzione di flora e fauna locali, con possibile degradazione della biodiversità.

Sempre in conseguenza del cambiamento climatico, nel nostro Paese si assiste alla ricomparsa o recrudescenza di agenti infettivi precedentemente endemici (tra i quali il poliovirus, presente in Paesi limitrofi e il bacillo della tubercolosi) e l'arrivo di nuove malattie esotiche trasmissibili, come Dengue, Chikungunya, Zika, Febbre del Congo-Crimea (CCHF, Crimean-Congo Hemorrhagic Fever), West Nile disease. Negli ultimi anni in diverse regioni italiane si sono verificati alcuni focolai di Chikungunya, e la presenza dei vettori di questi virus è ormai stabilmente segnalata in molte regioni del Mediterraneo, come già descritto nell'editoriale del numero precedente di questa rivista [6,7].

Ricordiamo infine che il nostro Paese è fortemente interessato da grandi flussi migratori, sia per ragioni economiche e sociopolitiche, che climatiche, provenendo i migranti da aree colpite da gravi fenomeni di siccità e di desertificazione.

Gli importanti sforzi che il Ministero dell'Ambiente e della Salute stanno compiendo in questi anni per far fronte alle possibili conseguenze del cambiamento climatico vanno sicuramente incoraggiati. Il Profilo clima-salute Italia, i cui contenuti verranno ampiamente presentati e commentati nel prossimo numero delle pagine elettroniche di *Quaderni acp*, ne è un esempio positivo. Il compito che ACP si prefigge in questo campo è quello di far crescere la consapevolezza dei cittadini e dei decisori politici in modo da mettere in atto al più presto le contromisure necessarie, sia in termini di adattamento sia in termini di mitigazione. Perché, proprio per la sua situazione particolarmente a rischio, l'Italia diventi davvero, come ha scritto di recente Aldo Di Benedetto, della Direzione Generale per la Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, un laboratorio mondiale per la ricerca su questi temi.

✉ giacomo@giacomotoffol.191.it

- Schifano P, Leone M, De Sario M, et al. Changes in the effects of heat on mortality among the elderly from 1998-2010: results from a multicenter time series study in Italy. *Environ Health* 2012;11:58.
- Guo Y, Gasparini A, Armstrong B, et al. Global variation in the effects of ambient temperature on mortality: a systematic evaluation. *Epidemiology* 2014;25:781-9.
- Michelozzi P, De Donato F, Scortichini M, et al. [On the increase in mortality in Italy in 2015: analysis of seasonal mortality in the 32 municipalities included in the Surveillance system of daily mortality]. *Epidemiol Prev* 2016;1:22-8.
- OECD (2013), Rapporti dell'OCSE sulle performance ambientali: Italia 2013, Rapporto sulle performance ambientali, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188754-it>.
- ISTAT 2017: Giornata mondiale dell'acqua: le statistiche dell'Istat 22 marzo 2017. <https://www.istat.it/it/archivio/198245>.
- Reali L. Cambiamenti climatici e malattie trasmesse da vettori. *Quaderni acp* 2018;25:51.
- Venturi G, Di Luca M, Fortuna C, et al. Detection of a chikungunya outbreak in Central Italy, August to September 2017. *Euro Surveill* 2017;22:39.

Blister



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

Comporre un numero di *Quaderni acp* non è cosa semplice. Almeno così ci dice il direttore a ogni riunione della redazione e, pur riconoscendogli una certa propensione all'iperbole, tutto sommato siamo portati a credergli. Ci sono le scadenze da rispettare, gli autori e i revisori da sollecitare, le rubriche periodiche da mantenere vive, i nuovi argomenti da scandagliare, gli articoli impubblicabili da rifiutare con cortesia, i tempi della tipografia e della posta che incombono e almeno un'altra dozzina di aspetti pratici da considerare e gestire. Tra questi, uno degli incubi ricorrenti, una volta delineata la struttura del fascicolo, è l'utilizzo appropriato e ragionato degli spazi liberi che fatalmente si creano a fine pagina tra un articolo e l'altro. Nonostante le estenuanti raccomandazioni, quasi mai gli autori dei lavori si attengono al numero di battute raccomandato e, d'altra parte, qualsiasi intervento redazionale di adattamento o, peggio ancora, di riduzione del testo rischia di essere vissuto come un'intollerabile amputazione di significato. Non si tratta di un fatto esclusivamente estetico quanto, piuttosto, del buon uso di uno spazio che, ancorché residuale, può ancora veicolare informazioni o comunicazioni interessanti per il lettore. Se facciamo attenzione, è un problema comune anche ad altre riviste cartacee e che viene di volta in volta risolto con l'impiego di immagini di repertorio o inserzioni pubblicitarie. *Quaderni*, com'è noto, ha scelto un'altra strada e gli scampoli di pagina rimasti liberi a fine composizione del fascicolo sono sempre stati impiegati per aggiornamenti sulle iniziative dell'Associazione o di *Quaderni* o avvisi di convegni ed eventi formativi potenzialmente interes-

santi, inframmezzati da estemporanee segnalazioni scientifiche o di diverso argomento. Talora, con rammarico postumo di alcuni di noi, piuttosto che lasciarsi travolgere da un generico *horror vacui*, si finisce con il mantenere libero lo spazio rimasto. Non bello da vedere, forse, ma almeno bianco e incontaminato.

L'ultimo comitato di redazione ha deciso che anche questo minimo spreco andasse finalmente sanato e ha varato l'operazione *Blister* come ulteriore servizio e stimolo per i lettori di *Quaderni*. Si tratta di un contenitore multiplo di singoli box informativi (più o meno come un *blister* contenente molte compresse o capsule), collocati in punti diversi della rivista e che tratteranno ciascuno un argomento apparso recentemente nella letteratura pediatrica o, comunque, una segnalazione scientifica meritevole (almeno secondo noi) di attenzione e corredata da un breve commento. Nulla di esaustivo, naturalmente, visto l'esiguo spazio che gli sarà riservato, ma sufficiente (speriamo) per suggerire un ulteriore approfondimento o anche solo per lasciare nella memoria una traccia da recuperare al bisogno.

I componenti della redazione si sono assunti questo piccolo impegno, convinti che ogni pagina di *Quaderni* meriti di essere impiegata al meglio. E poiché questo editoriale è destinato a occupare non più di 3500 battute (all'incirca mezza pagina), l'occasione è buona per "somministrarvi", appena qui sotto, la prima compressa del nostro (vostro) *Blister*.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it



Stress materno, ormoni ed esiti neurologici nel feto

L'esposizione del feto a uno stress materno è associata a un'alterazione della corteccia cerebrale e a disturbi cognitivo-emotivi a seconda del sesso del bambino durante gli anni scolastici? Ricercatori dell'Università della California e del Colorado hanno cercato di dare una risposta a questa domanda valutando l'associazione tra l'esposizione a eventi avversi durante la gravidanza e il successivo sviluppo neuronale (Sandman CA, Am J Psychiatry 2018;doi:10.1176/appi.ajp.2017.16121433). Per questo obiettivo sono state reclutate 97 madri già coinvolte in uno studio prospettico sulla salute materno-infantile, alle quali sono stati misurati i livelli plasmatici di ormone placentare rilasciante la corticotropina (placental corticotropin-releasing hormone, pCRH) in cinque momenti della gravidanza (15, 19, 25, 31 e 35 settimane in media). Quando i bambini hanno raggiunto l'età scolare (età media 7.2 anni) sono state misurate le strutture cerebrali attraverso la RMN e sono stati eseguiti test per valutare le competenze cognitive ed emotive e per la valutazione delle capacità di attenzione.

I risultati hanno dimostrato un'associazione tra livelli elevati di pCRH e un diffuso assottigliamento del 12% dell'intera corteccia cerebrale bilateralmente, con un maggiore assottigliamento in alcune aree della corteccia prefrontale (16%) e temporale (15%). La riduzione della sostanza grigia era maggiore se i livelli di pCRH erano elevati a 19 o a 31 settimane di gestazione. L'interessamento del lobo frontale dx era più spiccato se la pCRH era elevata a 19 settimane, mentre la regione temporale e paracentrale erano più colpite se i livelli di ormone erano elevati a 31 settimane.

La riduzione di materia grigia nei lobi frontali, indicativa di una riduzione delle sinapsi e delle arborizzazioni dendritiche, è associata a disturbi comportamentali internalizzati, mentre nei lobi parietali a deficit dell'attenzione. Le bambine sono risultate più compromesse dall'esposizione a elevati livelli di pCRH a 19 settimane, mentre i maschi hanno presentato una sensibilità corticale maggiore a 31 settimane. La differenza tra i due sessi può far comprendere come nelle femmine queste modificazioni neuronali possano essere espresse da un aumento dell'ansia e da una riduzione delle funzioni esecutive.

Costantino Panza

Il sanguinamento gastro-intestinale



Martina Fornaro, Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

Nel bambino, il sanguinamento gastro-intestinale è un evento abbastanza comune (incidenza stimata, circa 6%) che, nonostante la drammaticità della manifestazione, è gravato da una mortalità molto bassa. Clinicamente, si distingue in:

- **Ematemesi:** sangue rosso vivo o caffèano dalla bocca; generalmente indica un sanguinamento dal tratto digestivo superiore.
- **Ematochezia:** sangue rosso vivo dal retto; indica per lo più un sanguinamento dal tratto digestivo inferiore, soprattutto dal colon o dall'ano. Meno frequentemente, la causa è nel tratto digestivo superiore per un sanguinamento massivo o per un accelerato transito intestinale (es. nei lattanti).
- **Melena:** feci nere o molto scure; segnala un sanguinamento dal tratto digestivo superiore, ma può anche essere causata da un'emorragia del piccolo intestino o essere di origine nasale.
- **Sanguinamento occulto:** sanguinamento non evidente, identificato con la ricerca nelle feci per elementi clinici di sospetto (anemizzazione).

Anatomicamente, può provenire:

- dal tratto intestinale alto, prossimalmente al ligamento di Treitz (esofago, stomaco, duodeno);

- dal tratto intestinale basso, distalmente al Treitz.

Il sanguinamento dal tratto digestivo superiore

Difficile valutarne l'incidenza, ma si stima che rappresenti circa il 20% di tutti i sanguinamenti gastro-intestinali. Si manifesta con ematemesi (3/4 dei casi) e/o melena. L'ematemesi con sangue rosso vivo indica un sanguinamento acuto recente, mentre il vomito caffèano suggerisce un sanguinamento più lento, meno violento, e il colore del vomito è secondario all'effetto dell'acidità gastrica sul sangue. La melena è segno di sanguinamento del tratto intestinale alto come effetto della digestione del materiale ematico e raramente dal tratto più prossimale del tenue. È importante ricordare che, in alcuni casi, i sanguinamenti alti possono manifestarsi anche con ematochezia, come per esempio nei neonati e nei lattanti per effetto della relativa rapidità del transito intestinale.

Le cause

Le cause, in relazione all'età del bambino, sono riassunte nella **Tabella 1**. Nei neonati entro il primo mese di vita, è un evento raro e deve essere distinto dalla deglutizione di sangue materno durante il parto o, successivamente, con l'allattamento per la

presenza di ragadi del capezzolo. Se il vomito contiene sangue, il test di Apt-Downey (test di resistenza alla denaturazione dell'emoglobina fetale in soluzione alcalina), valido nei primi mesi di vita, può aiutare a distinguere il sanguinamento del neonato dalla semplice deglutizione di sangue materno. Il test consiste nella diluizione di un campione del vomito (o delle feci) con acqua per lisare gli eritrociti e, dopo centrifugazione e aggiunta di sodio idrossido (NaOH) 1%, nella valutazione del colore del sovranatante: giallo-marrone è sangue materno, rosso è sangue del neonato.

Una causa ben nota è il deficit di vitamina K in neonati che non hanno eseguito la corretta profilassi alla nascita o che presentano rare situazioni di rischio specifico (profilassi esclusivamente orale con scarsa compliance, allattamento al seno esclusivo e sindromi colestatiche). Altre cause di coagulopatia sono le infezioni, le gravi epatopatie con insufficienza d'organo, i deficit congeniti dei fattori della coagulazione. Nei neonati in condizioni critiche, accolti in terapia intensiva, va considerata la possibilità di una gastrite o di un'ulcera da stress che possono comparire anche nei primi giorni di vita. Da ricordare anche le malformazioni anatomiche (duplicazioni gastro-intestinali) del tratto digestivo superiore o quelle

TABELLA 1. Cause di sanguinamento gastro-intestinale alto in relazione all'età

	NEONATI	BAMBINI < 5 ANNI	BAMBINI E ADOLESCENTI
ESOFAGO	> Esofagite	> Esofagite > Varici esofagee > S. di Mallory-Weiss con vomito	> Esofagite > Varici esofagee > Sindrome di Mallory-Weiss con vomito
STOMACO	> Gastrite da stress	> Gastrite/ulcera gastrica > Varici gastriche > Gastropatia congestizia da ipertensione portale	> Gastrite/ulcera gastrica > Varici gastriche > Gastropatia congestizia da ipertensione portale > Lesione di Dieulafoy > Emobilia
DUODENO		> Duodenite/ulcera duodenale	> Duodenite/ulcera duodenale
ALTRA LOCALIZZAZIONE/ALTRA CAUSA	> Suzione sangue materno > Deficit vitamina K > Trauma (SNG) > Anomalie vascolari > Duplicazioni gastro-intestinali > Infezioni > Coagulopatie congenite > Intolleranza proteine latte vaccino	> Corpi estranei > Ingestione caustici > FANS > Malattia di Crohn > Anomalie vascolari > Duplicazioni gastro-intestinali > Vasculiti > Occlusione intestinale > Disturbi coagulazione	> Corpi estranei > Ingestione caustici > FANS > Poliposi > Malattia di Crohn > Anomalie vascolari > Vasculiti > Occlusione intestinale > Disturbi coagulazione

di natura vascolare. La “semplice” allergia alle proteine del latte vaccino (APLV, spesso non IgE-mediata) può manifestarsi con un sanguinamento alto, anche se più spesso interessa l’intestino distale. Nei bambini di età inferiore a cinque anni, le cause prevalenti sono l’ingestione di caustici o di corpi estranei, ma possono anche essere di origine iatrogena (FANS). Un’attenzione particolare meritano i casi di sospetta ingestione di pile a bottone che sono ad altissimo rischio di ulcerazione nella sede di decubito che può complicarsi in maniera drammatica con la formazione di una fistola aorto-esofagea. Anche l’ingestione multipla di magneti è ad elevato rischio di lesione intestinale e perforazione e deve essere affrontata con urgenza.

Nei bambini più grandi, le situazioni più comuni includono l’esofagite erosiva da reflusso gastro-esofageo o come complicanza di un’esofagite eosinofila, la gastrite o l’ulcera peptica secondarie all’utilizzo di FANS o a un’infezione da *Helicobacter pylori* (Box 1). Negli adolescenti l’alcol è una possibile causa di gastrite. La sindrome di Mallory-Weiss, caratterizzata da una lacerazione longitudinale della mucosa dell’esofago distale, è secondaria a vomiti ripetuti e generalmente dà un sanguinamento di piccola entità e auto-limitante, ma sono anche possibili emorragie più significative. Anche nei bambini in questa fascia di età il sospetto di una coagulopatia primitiva o secondaria non deve essere trascurato.

Il sanguinamento da varici esofagee o gastriche è la causa prevalente di emorragie massive. Il rischio riguarda prevalentemente bambini con ipertensione portale secondaria a epatopatia cronica (cirrosi da atresia delle vie biliari, fibrosi cistica, esito di intervento di Fontan per cardiopatia congenita), o a trombosi della vena porta nei bambini con storia di cateterizzazione neonatale della vena ombelicale, o ancora bambini con sindrome di Budd-Chiari. Sono cause ancora meno comuni le emorragie di origine arteriosa, come nella sindrome di Dieulafoy, le malformazioni vascolari con emangiomi o fistole aorto-esofagee, alcune sindromi rare come la Osler-Weber-Rendu (teleangectasia emorragica ereditaria) o il *blue rubber bleb nevus*. L’interessamento vasculitico viscerale nella porpora di Schönlein-Henoch può manifestarsi con sanguinamenti del tratto digestivo superiore, così come nella malattia di Crohn.

La diagnosi differenziale riguarda sostanzialmente la sede del sanguinamento. Come già detto, nei neonati-lattanti bisogna escludere che si tratti di sangue di origine materna ed è anche importante accertarsi che il sanguinamento non provenga dal tratto respiratorio o naso-faringeo.

La storia

Nel raccogliere la storia clinica (Tabella 2) dobbiamo quantificare l’entità del sanguinamento, la durata e l’associazione con altri sintomi, come dispepsia, dolore addominale, disfagia o perdita di peso. Deve essere valu-

amento, la durata e l’associazione con altri sintomi, come dispepsia, dolore addominale, disfagia o perdita di peso. Deve essere valu-

TABELLA 2. Elementi anamnestici nel sospetto di sanguinamento del tratto digestivo superiore

STORIA	SOSPETTO
<p><u>Caratteristiche dell'ematemesi</u></p> <p>a. Improvvisa, massiva</p> <p>b. Preceduta da vomito, quantità contenuta</p>	<p>a. Sanguinamento vascolare (varici, arterie)</p> <p>b. S. di Mallory-Weiss, esofagite, gastrite</p>
<p><u>Caratteristiche delle feci</u></p> <p>a. Melena</p> <p>b. Ematochezia</p>	<p>a. Sanguinamento significativo dal tratto digestivo alto</p> <p>b. Generalmente proveniente dal tratto inferiore, oppure per sanguinamento dal tratto superiore, più spesso nei neonati/lattanti per la rapidità del transito intestinale</p>
<p><u>Sintomi associati</u></p> <p>a. Dolore epigastrico, bruciore retrosternale</p> <p>b. Odinofagia</p> <p>c. Ittero</p> <p>d. Epistassi recente o ricorrente</p> <p>e. Ecchimosi, facilità al sanguinamento</p>	<p>a. Gastrite, ulcera peptica, esofagite</p> <p>b. Esofagite, corpo estraneo, esofagite infettiva</p> <p>c. Epatopatia</p> <p>d. Ingestione sangue dal nasofaringe, coagulopatie</p> <p>e. Disordini della coagulazione</p>
<p><u>Farmaci/Sostanze</u></p> <p>a. Tetracicline, FANS, bifosfonati</p> <p>b. Farmaci beta-bloccanti</p> <p>c. Alcol</p>	<p>a. Esofagite da contatto, malattia peptica</p> <p>b. Possono ridurre il compenso emodinamico all’ipovolemia nei casi di shock</p> <p>c. Esofagite, gastrite</p>
<p><u>Altri elementi</u></p> <p>a. Allattamento materno</p> <p>b. Sensazione di soffocamento/disfagia.</p> <p>c. Tosse severa, malattia polmonare cronica, cardiopatia congestizia</p>	<p>a. Ingestione di sangue materno</p> <p>b. Corpo estraneo, esofagite</p> <p>c. Sanguinamento dal tratto respiratorio</p>

BOX 1



La storia di R., ragazzo di 13 anni, inizia acutamente con numerose evacuazioni di melena, astenia e vertigini. C’è notizia di epigastralgia ricorrente trattata con inibitori di pompa protonica (IPP) dalla madre che soffre di gastrite. All’arrivo in PS c’è modesta tachicardia, pressione arteriosa regolare, non è dispnoico. Il tempo di refill capillare è lievemente aumentato, circa 3 secondi. All’auscultazione cardiaca è presente un soffio di circa 1/6. L’obiettività respiratoria è normale, quella addominale rileva una vaga dolenzia epigastrica. R. è gra-

vemente obeso con BMI 32, ed emergono abitudini alimentari scorrette, beve grandi quantità di bibite gasate. L’Hb è 6,5 g/dl e il sospetto di un sanguinamento dal tratto digestivo superiore è forte. L’EGDS eseguita in urgenza mostra un’ulcera duodenale a fondo fibrinoso ancora sanguinante (Figura) che viene trattata endoscopicamente con Argon-plasma che risolve il sanguinamento. La ricerca dell’*Helicobacter* è negativa. Avviata terapia con pantoprazolo e.v., il ragazzo migliora e viene dimesso in terapia con IPP orale. I controlli successivi proseguono regolarmente per circa un mese con trattamento marziale per l’anemizzazione e inquadramento del problema alimentare e dell’obesità. Poi, R. interrompe i controlli e torna dopo sei mesi dall’ultima visita, lamentando astenia e un paio di episodi presincopali. È ricomparsa melena. Il pantoprazolo è stato interrotto autonomamente da due mesi. L’alimentazione è tornata a essere disordinata. Gli esami mostrano una nuova anemia e l’EGDS eseguita in urgenza mostra un bulbo duodenale deformato per la già nota ulcera di circa 2 cm a fondo fibrinoso, a margini iperemici ed edematosi. Alla dimissione, vengono ribadite le indicazioni dietetiche, la raccomandazione a non utilizzare FANS e a proseguire regolarmente la terapia con IPP fino al controllo endoscopico di lì a un mese. Questa volta le cose sembrano andare meglio, la terapia viene proseguita con costanza e l’EGDS evidenzia un bulbo deformato da esiti cicatriziali con la completa risoluzione della lesione ulcerosa che appare del tutto riepitelizzata.

tata la comparsa precedente di ittero o variazioni nel colore delle feci, che potrebbero far pensare a un'epatopatia; episodi recenti di epistassi suggeriscono un'etiologia non digestiva; una storia di facilità al sanguinamento o di ecchimosi può sottendere un disordine della coagulazione. I FANS sono una causa importante di ulcera gastrica (oltre ad alterare la coagulazione) e anche l'abuso di alcol è un fattore predisponente. Per la diagnosi differenziale circa l'origine del sanguinamento, va indagata una storia recente di interventi ORL (adenotonsillectomia), procedure odontoiatriche o episodi di epistassi.

La clinica e il laboratorio

La valutazione iniziale è volta a identificare eventuali segni di instabilità emodinamica o di shock emorragico, misurando la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, il tempo di refill capillare (Figura 1). Gli elementi clinici suggestivi di una grave emorragia sono:

- Melena o sanguinamento rettale rilevante
- FC aumentata di > 20 battiti/minuto rispetto alla FC media per l'età
- Aumento del tempo di refill capillare
- Riduzione dell'emoglobina > 2 g/dl
- Necessità di fluidi endovena
- Necessità di emotrasfusione

Vanno ricercati eventuali segni di sanguinamento cutaneo o dalle mucose, la presenza di petecchie o di angiomi/emangiomi cutanei (emangiomatosi gastro-intestinale). L'organomegalia o la prominente addominale sono un segno di ipertensione portale causa di varici esofagee.

L'emocromo, l'assetto coagulativo, la funzione epatica e renale sono gli esami urgenti indispensabili, oltre a quelli richiesti per un'eventuale emotrasfusione.

Esami strumentali

La radiografia diretta del torace e dell'addome è utile per identificare eventuali corpi estranei radiopachi e per evidenziare segni di ostruzione o perforazione intestinale nei quadri di addome acuto. È da

evitare, in prima istanza, l'Rx con mezzo di contrasto perché potrebbe interferire con gli eventuali esami endoscopici o con l'esplorazione chirurgica. L'ipertensione portale è ben identificabile con l'ecografia. L'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) ha spesso un importante ruolo diagnostico oltre che, talora, terapeutico. Dovrebbe essere eseguita entro 24-48 ore nei casi di sanguinamento alto, soprattutto se acuto e tale da richiedere emotrasfusione. È ovviamente indicata anche nei pazienti con sanguinamenti di minore entità ma inspiegati, persistenti o ricorrenti.

Lo studio angiografico - in RM o in TC - può essere utile là dove l'EGDS non ha riconosciuto la sede del sanguinamento o nelle anomalie vascolari. La scintigrafia gastrointestinale con emazie marcate è meno sensibile dell'EGDS nel riconoscere la sede di sanguinamento. Può invece mantenere un ruolo nei casi di perdita ematica occulta non altrimenti identificata.

Il sanguinamento dal tratto digestivo inferiore

Nella maggior parte dei casi, i sanguinamenti bassi tendono ad autolimitarsi. Tuttavia, alcune condizioni come il diverticolo di Meckel, l'emorragia da varici o l'attacco acuto di colite ulcerosa possono causare sanguinamento di maggiore gravità. Melena ed ematochezia sono le tipiche manifestazioni del sanguinamento in questa sede.

Le cause

Anche per i sanguinamenti bassi, l'età del bambino è utile nell'orientamento diagnostico (Tabella 3). Le ragadi anali danno frequentemente ematochezia a tutte le età. Sono facilmente riconoscibili all'ispezione anale e la storia spesso è suggestiva per una stipsi con evacuazioni faticose e dolorose, in particolare in alcune fasi dello sviluppo (svezzamento, introduzione del latte vaccino, indipendenza dal pannolino, inizio dell'asilo).

L'APLV non IgE-mediata è un'altra causa comune nella prima infanzia. Si tratta di bambini che appaiono in buona salute, allattati con latte formulati ma anche, più raramente, al seno e che presentano ematochezia con o senza diarrea e in assenza di altre manifestazioni cliniche. Il trattamento consiste nell'eliminazione dalla dieta delle proteine del latte vaccino (e altri eventuali alimenti sensibilizzanti) utilizzando in sostituzione idrolisati proteici o formule aminoacidiche. L'APLV ha un decorso benigno e a risoluzione spontanea dopo l'anno di vita quando può essere, generalmente, reintrodotta una dieta libera. La malrotazione con volvolo del piccolo intestino si manifesta nel neonato con occlusione intestinale, vomito biliare, melena o ematochezia e rappresenta una reale emergenza. Nella malattia di Hirschsprung, il sanguinamento intestinale con distensione addominale può essere segno di un megacolon tossico, da trattare anch'esso con tempestività.

Nella prima infanzia, l'invaginazione è la causa più comune di occlusione intestinale; nell'80% dei casi riguarda bambini di età inferiore ai 2 anni, coinvolge la regione ileo-cecale ed è idiopatica, mentre nei bambini più grandi può essere secondaria a un diverticolo di Meckel o a un polipo intestinale. Le crisi dolorose addominali sono importanti, accompagnate da irritabilità e compromissione dello stato generale; è presente vomito e le feci possono avere aspetto variabile, con sangue e muco fino alla presentazione tipica a "marmellata di ribes". L'ecografia addominale è diagnostica e viene seguita dal clisma con contrasto in grado di ridurre l'invaginazione nel 75-90% dei casi.

Il diverticolo di Meckel è presente in circa il 2% della popolazione, prevalentemente nei maschi. Generalmente asintomatico, può causare crisi dolorose con sanguinamento rettale cronico ma anche acuto e massivo; altre complicanze secondarie sono l'occlusione, la perforazione e l'invaginazione. La scintigrafia con tecnezio è l'indagine diagnostica di scelta, ma anche la videocapsula endoscopica e l'entero-RM possono dare utili informazioni nei pazienti più grandi. Se sintomatico, è indicata la resezione chirurgica, così come è indicata l'asportazione di un diverticolo asintomatico riscontrato incidentalmente durante un intervento di chirurgia addominale.

L'iperplasia linfonodulare è di riscontro comune nei bambini sottoposti a endoscopia digestiva per una storia di dolore addominale o sanguinamento rettale ricorrente. Si tratta di un'alterazione para-fisiologica della mucosa intestinale, a risoluzione spontanea, probabilmente secondaria a iperstimo-



Figura 1. Approccio diagnostico al sanguinamento dal tratto gastro-intestinale superiore.

lazione immunologica (infettiva o allergica); la mucosa è più friabile e può sanguinare, causando prevalentemente ematochezia. Nei bambini in età prescolare e scolare, cause frequenti di sanguinamento rettale sono le enterocoliti di origine infettiva (Tabella 4). I patogeni più frequenti sono *Salmonella*, *Shigella* e *Campylobacter*. Le manifestazioni cliniche sono quelle classiche di un'infezione gastro-intestinale febbrile, con dolore addominale, diarrea ematica e incremento degli indici di flogosi. Nella salmonellosi la terapia antibiotica è indicata solo nei bambini sotto i 3 anni di età o con fattori di rischio; nella shigellosi può ridurre il rischio di complicanze (megacolon tossico, sepsi) e la durata della malattia; nelle infezioni da *Campylobacter* l'antibiotico è indicato nei pazienti con fattori di rischio per comorbidità. Anche la *Yersinia enterocolitica* è causa di diarrea muco-ematica con febbre e dolore addominale e va considerata in diagnosi differenziale con l'appendicite o l'esordio di una malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI). L'infezione da *Clostridium difficile* può dare enterite e diarrea ematica in bambini che sono stati trattati con antibiotici (ampicillina, cefalosporine, clindamicina), ma può anche essere presente all'esordio di una MICI o complicarne il decorso. La terapia antibiotica deve essere sospesa, se possibile, e avviato il trattamento con metronidazolo o vancomicina, soprattutto nei casi di sintomatologia grave o persistente. L'*Escherichia coli* è un'importante causa di infezione intestinale di origine alimentare. La pericolosità è legata al ceppo di *E.*

coli O157:H7 che può causare la sindrome emolitico-uremica (SEU). I bambini al di sotto dei 5 anni sono più a rischio. L'utilizzo precoce di antibiotici può aumentare il rischio di sviluppare la SEU, probabilmente per il rilascio di tossine patogene in seguito all'effetto battericida del trattamento. Il processo vasculitico della porpora di Schönlein-Henoch include spesso anche il

tratto gastro-intestinale, causando dolore addominale, melena/ematochezia e, come ulteriore possibile complicanza, invaginazione intestinale (Box 2).

I polipi giovanili sono lesioni amartomatose benigne, peduncolate o sessili, che possono dare ematochezia, accompagnata o meno da dolore addominale, per il meccanismo di trazione sul polipo esercitato dal pas-

TABELLA 3. Cause di sanguinamento dal tratto gastro-intestinale inferiore in relazione all'età

	CAUSE COMUNI	CAUSE RARE
NEONATO E LATTANTE	<ul style="list-style-type: none"> > Ragadi anali > Colite allergica > Colite aspecifica > Ingestione di latte materno > Enterocolite necrotizzante 	<ul style="list-style-type: none"> > Malattia di Hirschsprung > Malrotazione > Duplicazione intestinale > Volvolo > Invaginazione > Malformazioni vascolari > Infezioni > Coagulopatie > MICI ad esordio precoce
2-5 ANNI	<ul style="list-style-type: none"> > Ragadi anali > Polipi > Enterocolite infettiva > Invaginazione > Diverticolo di Meckel > Duplicazione intestinale > MICI 	<ul style="list-style-type: none"> > Porpora di Schönlein-Henoch > Iperplasia nodulare linfatica > S. emolitico-uremica > Ulcera solitaria del retto > Malformazioni vascolari > Abuso/trauma > Coagulopatie
BAMBINO E ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> > Ragadi anali > Enterocolite infettiva > Polipo > MICI > Diverticolo di Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> > Emorroidi > Porpora di Schönlein-Henoch > Iperplasia nodulare linfatica > S. emolitico-uremica > Ulcera solitaria del retto > Malformazioni vascolari > Abuso/trauma > Coagulopatie

TABELLA 4. Cause infettive di diarrea ematica

PATOGENO	SORGENTE	INCUBAZIONE	CLINICA	DIAGNOSI	TERAPIA
<i>Campylobacter jejuni</i>	Animali domestici e da cortile Prodotti alimentari animali	1-3 giorni, fino a 10 giorni	Febbre, diarrea (ematica nel 50% dei casi), durata circa 1 settimana	Coprocoltura	Antibiotici nei casi gravi o negli immunocompromessi
<i>Salmonella</i>	Prodotti alimentari. Animali da cortile (pollame poco cotto). Poco frequente la trasmissione interpersonale	6-48 ore	Lattanti molto vulnerabili, gastroenterite febbrile, enterocolite con diarrea ematica, durata 1-12 settimane	Coprocoltura	Terapia antibiotica non di routine (può prolungare la durata dell'infezione) Antibiotici nei lattanti, nei casi di sospetta batteriemia, negli immunocompromessi
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Animali domestici e da cortile. Epidemie per latte contaminato	3-7 giorni	Febbre, dolore addominale, diarrea, nel 30% ematica, durata 1-3 settimane	Coprocoltura	Terapia antibiotica solo negli immunocompromessi o nel sospetto di diffusione extraintestinale
<i>Escherichia coli</i> produttore di tossina Shiga (O157 H7)	Alimenti contaminati da feci di bovini (carne macinata cruda)	3-9 giorni	Diarrea acquosa, progressivamente ematica, durata 3-8 giorni. SEU può svilupparsi dopo 3-16 giorni	Ricerca tossina specifica nelle feci	Non ci sono evidenze di benefici nella terapia antibiotica che può aumentare il rischio di sviluppare SEU
<i>Shigella</i>	Alta contagiosità, trasmissione interpersonale. Occasionali epidemie da contaminazione di acqua o alimenti	1-4 giorni	Comune tra i 6 mesi e i 5 anni di età. Più grave negli adulti. Gastroenterite, dolore addominale, feci muco-ematiche, rischio sepsi	Coprocoltura	Terapia antibiotica

saggio delle feci. Circa il 60-80% dei polipi sono localizzati nella regione retto-sigmoidea. Nel sospetto, la colonscopia è indicata per la rimozione, l'esame istologico per indagare la presenza di altre lesioni; pazienti con 5 o più polipi o con familiarità nota per poliposi intestinale giovanile devono essere inseriti in un percorso di diagnosi e sorveglianza endoscopica.

Le MICI possono esordire anche in età infantile e prescolare, in quelle che vengono definite *very early onset inflammatory bowel disease* (VEO IBD) o IBD infantili, o forme monogeniche, in cui sono presenti alterazioni genetiche e immunodeficit, e che sono caratterizzate da un fenotipo cli-

nico severo. Tuttavia, classicamente l'esordio delle MICI - malattia di Crohn, colite ulcerosa e colite indeterminata - avviene in età scolare. Clinicamente sono presenti dolore addominale, febbre e diarrea con componente ematica fino al 20% dei casi nella malattia di Crohn e fino all'80% nella colite ulcerosa (Box 3).

La storia

Alcuni elementi anamnestici possono essere d'aiuto (Tabella 5). Le prime importanti informazioni riguardano l'entità del sanguinamento e la durata. Per i genitori può essere difficile quantificare la perdita e si possono aiutare chiedendo se il sangue

presente nelle feci era tanto da colorare le pareti del water, se era presente gocciolamento, se invece il sangue era presente solo sulla carta igienica usata per pulire il bambino. Se il sangue presente è rosso vivo, ricopre esternamente le feci, ed è visibile al termine delle evacuazioni, è probabile un'origine ano-rettale. Altre informazioni importanti sono il colore del sangue (rosso vivo o scuro) e la consistenza delle feci (liquide, con alvo alterno oppure storia di stipsi). Da rilevare anche gli eventuali sintomi associati: dolore addominale soprattutto notturno, febbre, calo ponderale o riduzione dell'appetito, concomitanti segni di sanguinamento in altri distretti, utilizzo di farmaci (FANS), patologie precedenti o croniche.

La clinica e il laboratorio

La prima valutazione è volta alla ricerca di segni e sintomi di instabilità emodinamica che richiedano interventi di stabilizzazione urgenti. L'individuazione del possibile sito di sanguinamento prevede l'esame della zona perianale e ano-rettale (ragadi, fistole, polipi). La valutazione dell'addome include la presenza di distensione, zone di dolorabilità e un'eventuale epato-splenomegalia. L'esame della cute e delle mucose deve ricercare ulteriori segni di sanguinamento, di lesioni vascolari o la presenza di porpora. L'esame obiettivo del tratto naso-oro-faringeo dovrebbe escludere un'origine del sanguinamento non digestiva.

Gli esami di base comprendono l'emocromo, la coagulazione, la funzione renale ed epatica e gli indici di infiammazione (PCR, VES). Utile valutare anche l'assetto marziale, il metabolismo osseo, l'albuminemia; la calprotectina fecale può essere impiegata, anche in ambito di cure primarie, soprattutto per escludere ragionevolmente una MICI e limitare ulteriori esami invasivi, mentre ANCA e ASCA sono da riservare a un livello diagnostico successivo; per indagare una colite infettiva, esami culturali e/o ricerche delle tossine dei patogeni nelle feci.

Esami strumentali

L'Rx diretto dell'addome è indicato di fronte a un addome acuto, nel sospetto di un'occlusione o di una perforazione intestinale. L'ecografia è la metodica di scelta per una prima valutazione di un'invaginazione intestinale o volvolo, di un versamento peritoneale, di ispessimento delle pareti intestinali o di adenomesenterite. Successive indagini, come l'entero-RM nel sospetto di una MICI o la scintigrafia per il diverticolo di Meckel, troveranno indicazione specifica a seconda del quadro clinico. Di fondamentale importanza è la pancolonscopia,

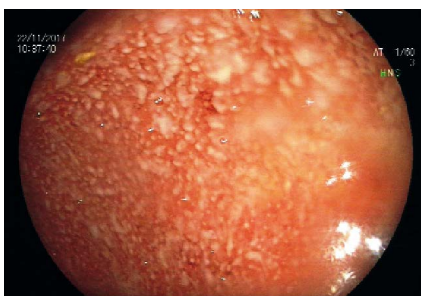
BOX 2



C., 14 anni, ha un'anamnesi negativa e una recente insorgenza di febbre, dolore addominale diffuso e vomito. Nell'ipotesi di una forma infettiva viene gestito a domicilio fino alla comparsa di un'eruzione cutanea agli arti inferiori e ai glutei. Compare sangue rosso vivo frammisto alle feci e il dolore addominale diventa impegnativo. L'addome si presenta teso e diffusamente dolente, senza segni di resistenza, non c'è organomegalia, la peristalsi è presente. C'è una manifestazione petecchiale ed ecchimotica diffusa e intensa agli arti inferiori e ai glutei, con andamento

caudo-craniale. Emocromo e coagulazione sono nella norma e la PCR è aumentata. Le funzioni epatica e renale sono conservate. Gli accertamenti infettivologici risultano negativi e anche l'autoimmunità (ASCA, ANCA, ANA) è negativa. Una prima ecografia dell'addome mostra un modesto versamento peritoneale e un'adenomesenterite con ispessimento delle pareti del colon e del sigma; l'Rx diretto dell'addome esclude livelli idroaerei e aria libera. Il dolore addominale persiste, le evacuazioni ematiche e l'eruzione petecchiale agli arti inferiori hanno un andamento a *poussée*. Il sospetto clinico è una porpora di Schönlein-Henoch con importante coinvolgimento gastrointestinale. L'EGDS è normale, mentre la colonscopia mostra un quadro di colite con soffiusioni emorragiche a carico del discendente e del retto (Figura); l'istologia conferma un'infiammazione con erosioni e stravasi ematici compatibile con una porpora di Schönlein-Henoch. Proseguendo la terapia steroidea e antibiotica nei giorni successivi si arriva a una progressiva risoluzione della porpora e normalizzazione delle evacuazioni con scomparsa della componente ematica.

BOX 3



G. è una bambina di 5 anni, ricoverata una prima volta per importante diarrea che si era risolta in qualche giorno; il quadro sembrava compatibile con un'enterite infettiva, pur con indici di infiammazione e coprocolture negative. Qualche mese dopo compaiono feci miste a muco e sangue rosso vivo, dolore addominale e bruciore nella zona anale durante le evacuazioni. Viene ricoverata dopo circa un mese dall'esordio dei sintomi con ulteriori coprocolture e RAST per alimenti negativi. È in buone condizioni e non è dimagrita, l'addome è un po' teso ma trattabile, con dolorabilità lungo la cornice colica. L'ispezione anale e l'esplorazione rettale sono regolari. PCR e VES sono solo lievemente aumentati, non ci sono segni di malassorbimento e l'autoimmunità è negativa.

La calprotectina fecale è molto aumentata: >5000 mg/kg feci (normale < 50). Nell'attesa del risultato degli accertamenti in corso, inizia trattamento con metronidazolo. Gli esami infettivologici si confermano negativi. Per la persistente evacuazione di feci muco-ematiche, nel sospetto di un'esordio di MICI, si procede a EGDS e colonscopia in unica seduta in sedazione. Macroscopicamente, l'EGDS appare normale mentre la colonscopia mostra una pancolite, con iperemia ed erosioni diffuse della mucosa del colon (Figura), compatibile con una colite ulcerosa di grado moderato con punteggio PUCAI (*paediatric ulcerative colitis activity index*) di 55 (attività moderata). L'esame istologico confermerà la diagnosi. La bambina inizia trattamento con steroide e.v. e quindi per os, progressivamente scalato e sospeso, e con mesalazina per os proseguita per il mantenimento. Alla dimissione il PUCAI è 10 (attività lieve).

TABELLA 5. Elementi clinici utili nel sanguinamento del tratto digestivo inferiore		
STORIA	SOSPETTO	ETÀ
Benessere, feci con poco sangue	APLV	Neonati/lattanti
Malattia acuta, vomito, diarrea/stipsi, addome disteso	Malrotazione, volvolo, m. di Hirschsprung	Neonati
Altri segni di sanguinamento (cefalomatoma, petecchie, sanguinamento muco-cutaneo)	Alterazioni coagulazione	Tutte le età
Lesioni angiomatose/vascolari note	Malformazioni vascolari	Neonati/lattanti
Diarrea muco-ematica, segni di patologia sistemica, calo ponderale, dolore addominale	MICI	Età scolare, adolescenti, anche forme precoci infantili
Diarrea muco-ematica, dolore addominale, febbre	Coliti infettive	Tutte le età
Benessere, ematochezia al termine delle evacuazioni, stipsi	Ragadi anali	Tutte le età
Esordio acuto, dolore addominale, letargia, feci ematiche a "marmellata di ribes"	Invaginazione	Lattanti, età prescolare
Sanguinamento rettale ricorrente, senza dolore, sanguinamenti acuti massivi	Diverticolo di Meckel	Tutte le età (eccetto neonati)
Anemia emolitica, piastrinopenia, insufficienza renale	Sindrome emolitico-uremica	Dall'età prescolare
Ematochezia non dolorosa, intermittente	Polipi	Età prescolare-scolare

diagnostica nel caso di una MICI o di una colite infettiva, diagnostica e terapeutica a fronte di un polipo del retto che può essere asportato endoscopicamente.

Il sanguinamento gastro-intestinale di natura oscura

È il sanguinamento di origine sconosciuta (5% dei casi), che persiste o ricorre dopo una prima valutazione endoscopica bidirezionale negativa. Può essere manifesto o occulto, in relazione alla presenza o meno di sanguinamento evidente. Quello occulto è per lo più rilevato dalla positività del sangue occulto fecale eseguito, per esempio, per un'anemizzazione altrimenti spiegata. Se gli accertamenti endoscopici sono risultati negativi, sarà necessario indagare anche il piccolo intestino, che è sede di lesioni nel 75% dei casi di sanguinamento intestinale oscuro. Le cause principali sono i polipi, il diverticolo di Meckel, le malformazioni vascolari, la malattia di Crohn, le ulcere anastomotiche in pazienti con storia chirurgica precedente e le duplicazioni intestinali. L'ileoscopia con videocapsula è l'esame endoscopico di prima linea, seguito da metodiche più invasive come l'enteroscopia con singolo o doppio pallone. Il definitivo accertamento della sede di sanguinamento può comunque avvalersi, a seconda dei casi, della RM

dell'addome o dell'entero-RM, della scintigrafia con tecnezio per il diverticolo di Meckel o dello studio del sistema vascolare tramite angiografia o angio-TC.

Il trattamento

Terapia medica

I farmaci utilizzati nella gestione dei sanguinamenti gastrointestinali appartengono essenzialmente a tre categorie: inibitori dell'acidità gastrica, vasoattivi, beta-bloccanti.

- *Inibitori dell'acidità gastrica*: gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono indicati nei sanguinamenti alti. Gli IPP sono più efficaci degli H₂-antagonisti (ranitidina) nel ridurre il rischio di risanguinamento nei pazienti con ulcera peptica e i relativi tempi di ospedalizzazione. Nei sanguinamenti acuti di notevole entità o con instabilità del paziente è da preferire la somministrazione endovenosa (omeprazolo, pantoprazolo, esomeprazolo) mentre la somministrazione per via orale (omeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo, esomeprazolo) è indicata nei casi di sanguinamento modesto o per la prosecuzione domiciliare della terapia.
- *Vasoattivi*: devono essere somministrati precocemente nel sospetto di sanguinamento da varici gastro-esofagee con ipertensione portale. Sono in grado di bloc-

care il sanguinamento nel 70-80% dei casi, e il pre-trattamento prima dell'endoscopia digestiva ne facilita l'esecuzione e migliora gli esiti terapeutici. Il farmaco più utilizzato è l'octreotide, un derivato sintetico della somatostatina, che agisce con una vasocostrizione selettiva del sistema splancnico, riducendo il flusso e quindi la pressione portale.

- *Beta-bloccanti*: il propranololo è impiegato nella profilassi primaria e secondaria dei sanguinamenti da varici nell'ipertensione portale.

Terapia endoscopica

L'endoscopia ha, in certi casi, un ruolo terapeutico oltre che diagnostico, finalizzato a interrompere il sanguinamento e a prevenire le recidive. Nel bambino, le indicazioni all'endoscopia in urgenza sono il sanguinamento attivo, l'emorragia grave con instabilità emodinamica e anemizzazione importante, le coagulopatie, le pregresse emorragie digestive ad eziologia non nota o i sanguinamenti occultati e il sospetto di emorragia da varici esofago-gastriche.

Le risorse terapeutiche dell'endoscopia includono l'iniezione di sostanze sclerosanti o adrenalina, l'ablazione con termocoagulazione, elettrocoagulazione o con argon, o le tecniche meccaniche con il posizionamento di clips o legatura delle varici. Nelle colonoscopie terapeutiche è importante l'adeguata preparazione e pulizia intestinale per facilitare la visualizzazione delle lesioni mucosali e l'asportazione di eventuali polipi.

Terapia chirurgica

L'approccio chirurgico riconosce tre ambiti di intervento:

- Patologie con approccio esclusivamente chirurgico: duplicazioni intestinali, diverticolo di Meckel e i quadri di addome acuto da volvolo o invaginazione, se accompagnati da sanguinamento digestivo.
- Fallimento della terapia medica o endoscopica: il ruolo della chirurgia (sutura o resezione) si è progressivamente ridotto nella gestione delle ulcere gastro-duodenali, trattate con successo quasi esclusivamente con la terapia medica ed endoscopica. Nei sanguinamenti da varici esofago-gastriche la chirurgia trova spazio con il confezionamento di *shunt* vascolari (es.: bypass meso-rax). Nelle MICI l'indicazione più classica è la colectomia nella colite ulcerosa.
- Sanguinamenti gravi non altrimenti gestibili o trattabili se non con un intervento in urgenza.

✉ martina.fornaro@auslromagna.it

La bibliografia è consultabile online.

La stipsi



Stefania Manetti*, Antonella Brunelli**, Costantino Panza***

*Pediatria di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli); **UO di Pediatria e Consultorio familiare - Cesena - AUSL della Romagna; ***Pediatria di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

*Se va in bagno
l'uomo ragno
la fa appeso a
un filo teso;
ma spatacca
sempre più:
la fa appeso a
testa in giù!*

SE VA IN BAGNO L'UOMO RAGNO
S. ZANETTELLO,

La stipsi, o stitichezza è per i genitori una delle preoccupazioni più frequenti. I bambini stitici fanno una cacca molto dura, secca, che crea problemi durante l'evacuazione. Nei bambini allattati al seno l'intestino può avere contrazioni meno frequenti rispetto a un coetaneo allattato con latte in formula e per questo motivo chi si alimenta con il latte di mamma può anche normalmente fare la cacca ogni 4-5 giorni, in questi casi non si parla di stipsi. Il latte di mamma serve principalmente per "fare più bambino", meno per essere eliminato. Per un lattante fare la cacca è uno sforzo notevole: basta immaginare per un momento come si possa fare stando sdraiati sulla schiena! Proprio per questo motivo non è allarmante se lo sforzo si accompagna a rossore o pianto. Nei bambini più grandi, come negli adulti, i movimenti intestinali sono molto variabili. Non tutti i bambini hanno uguali comportamenti: alcuni possono normalmente evacuare 1-2 volte al giorno, alcuni ogni 2-3 giorni; nemmeno in questi casi si parla di stipsi. In ogni caso, frequentemente, col tempo la stipsi "passa".

Se si teme che il proprio bambino sia affetto da stipsi, è utile porsi qualche domanda: Il mio bambino è molto irritabile? I suoi movimenti intestinali si sono ridotti rispetto a prima o evacua molto meno frequentemente? La cacca è diventata molto dura, a palline, o c'è sangue? Si sforza molto, per 10 o più minuti, prima di fare la cacca? Questi possono essere segnali indicativi di una condizione di stitichezza.

Quali sono le cause della stipsi?

- 1 Lo stile alimentare: cambiamenti della dieta, presenza di poche fibre nell'alimentazione giornaliera, pochi liquidi.
- 2 Una malattia intercorrente: durante una malattia i cambi dell'alimentazione possono causare temporaneamente

stipsi; a volte alcuni medicinali possono essere causa del problema.

- 3 C'è un periodo in cui, per un bambino, trattenere la cacca è più frequente: succede tra i 2 e i 5 anni, quando si cerca una indipendenza, quando si comincia a eliminare il pannolino, quando il gioco è talmente totalizzante che non si può proprio perdere tempo per fare la cacca; capita in vacanza o in viaggio, in occasione di eventi stressanti. Proprio come succede agli adulti, lo stesso può succedere ai bambini, piccole persone amanti delle routine. Se la stipsi non si risolve può tendere a peggiorare, poiché più tempo la cacca rimane nell'intestino, più acqua perde, e diventando sempre più dura.

Quali sono i sintomi della stipsi?

- Feci dure e dolore nel cercare di evacuare;
- dolore addominale, crampi e a volte nausea;
- comparsa di ragadi anali: delle piccole feritine intorno all'ano con perdita di sangue; trattenere le feci;
- riduzione dell'appetito; irritabilità.

A volte, i bambini piccoli possono fare strani movimenti con le gambe, incrociarle nel tentativo di trattenersi, fare strane mosse facciali. Può sembrare che il bambino cerchi di evacuare, in realtà sta cercando di trattenere. Quando un bambino trattiene per molto tempo la sua cacca l'intestino si può dilatare molto, e la sensazione di dover evacuare può passare. A volte la massa fecale è talmente grande da ostacolare il passaggio, mentre lascia traboccare solo del liquido con una piccolissima quantità di cacca, che può sporcare le mutandine. Queste feci liquide possono, paradossalmente, dare l'impressione che il bambino abbia diarrea. Questa condizione di chiama encopresi.

Come si cura la stipsi?

Nella maggioranza dei casi la stipsi viene trattata modificando abitudini e stili di vita, e non sono necessari farmaci. A volte può essere necessario usare dei farmaci per ammorbidire la cacca o per rimuoverla. È bene non somministrare mai lassativi o clisteri senza il parere del pediatra. A volte, in situazioni più importanti, sem-

ALIMENTI	GRAMMI DI FIBRA PER 100 GRAMMI
Mela e pera sbucciate	3,5
Kiwi, finocchi	2,2
Fichi secchi	13
Lamponi	7,7
Lenticchie e ceci secchi	13,8
Garciofi	5,5
Fagioli secchi borlotti	17,6
Pasta e pane integrale	6,4
Biscotti integrali	6
Pane bianco e pasta	1,72
Piselli freschi	6,3

pre su consiglio pediatrico, si ricorre a una fisioterapia del pavimento pelvico, eventualmente associata all'uso di farmaci, allo scopo di aumentare i movimenti intestinali.

La stipsi si può prevenire?

- 1 Se il bambino è allattato al seno, è bene che l'alimentazione della mamma sia ricca di fibre. Se il bambino è allattato con latte formulato, può essere utile offrire frequentemente acqua tra una poppata e l'altra. Con l'inizio dell'alimentazione con cibi solidi, preferire sempre frutta e verdure fresche di stagione, legumi, e tutti gli alimenti ricchi di fibre, come proposto dall'auto-svezzamento e dalla alimentazione responsiva, e, nelle età successive con una alimentazione ad alto contenuto di fibre basata sulla nostra dieta mediterranea, conosciuta in tutto il mondo.
- 2 I bambini hanno bisogno di routine, è importante avere una modalità e un tempo da dedicare alla evacuazione.
- 3 L'attività fisica, sia spontanea che strutturata, aiuta a prevenire la stipsi.

Ma quante fibre?

L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda, tra i 2 e i 19 anni di età, un apporto giornaliero di fibre pari all'età + 5 grammi: per esempio per un bambino di 3 anni: 3 + 5 = 8 grammi di fibre al giorno.

✉ doc.manetti@gmail.com

Curricula dei candidati al Consiglio Direttivo Nazionale ACP e alla Presidenza Nazionale ACP



Riccardo Campus

Specializzato in Chirurgia Pediatrica nel 2003, ha effettuato attività ospedaliera come chirurgo pediatrico e pediatra neonatologo in diverse strutture della Liguria e di Milano; attualmente pediatra libero professionista. Autore di pubblicazioni e libri di clinica pediatrica, da anni si occupa di politica, di diritti del lavoro e di sindacato. È stato membro della Commissione Pediatrica dell'Ordine dei Medici di Genova organizzando cicli formativi ECM annuali su "La famiglia che cambia" e "Dal disagio alla disabilità", riconosciuti anche dal Provveditorato agli Studi. Sostenitore della figura pediatrica quale elemento sociale educativo, ha organizzato eventi culturali pubblici e il congresso del gruppo ACP regionale (2017). Nel 2018 ha ottenuto il diploma del corso "Vaccini e strategie di vaccinazione". Progetti: Bratz laboratorio rivolto ai preadolescenti per la prevenzione della violenza in genere e di genere; ricostituzione di un ambulatorio del sonno di I, II e III livello; NpL: biblioteca itinerante in ospedale, libri da mangiare, le storie della buona notte e ri-nati PL per l'utenza debole; nati per la musica: per diffondere questa comunicazione multiculturale.

Damiano Colazzo

Nato a Brindisi il 7 novembre 1958, laurea in Medicina e Chirurgia nel 1985, specializzazione in Pediatria e Puericultura nel 1989 e in Allergologia e Immunologia Clinica nel 1992, titoli conseguiti presso l'Università di Bari. Docente di Immunologia e Fisiopatologia dell'Atopia presso il Corso di Perfezionamento in Allergologia Pediatrica nella Clinica Pediatrica III della stessa Università, dove ha esercitato, come borsista, attività cliniche e di ricerca dal 1989 al 2005. Dal 1991 pediatra di libera scelta nel comune di Toritto, in provincia di Bari. Membro del Direttivo dell'ACP Puglia e Basilicata, negli anni ha sviluppato competenze nell'aggiornamento medico facendo parte del team di animatori di formazione della ASL Bari.

Stefania Manetti

Campana di nascita, da genitori toscani, vissuta da sempre in Campania, con una pausa negli USA (dai 10 ai 19 anni di età).

Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1980. Specializzazione in Pediatria nel 1985. Pediatra di famiglia dal 1986 a Piano di Sorrento. Socia ACP dal 1983.

Membro del consiglio direttivo ACP Campania dal 2002. Referente ACP Regione Campania.

Consigliere nazionale ACP nel 2002 e nel triennio 2003-2006. Referente regionale NpL e formatrice nazionale NpL. Membro della redazione di *Quaderni acp*.

Membro del comitato scientifico di "Un pediatra per Amico".

Rappresentante ACP al tavolo tecnico del Progetto CCM/ISS/Ministero della Salute "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita".

Membro del comitato scientifico del progetto nazionale "Un villaggio per crescere" nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile (Art. 1 comma 392 della legge 28 dicembre 2015, n. 208), area 0-6 anni

Interessi: la pediatria, la lettura, il cinema, i viaggi.

Paolo Moretti

Nato e cresciuto a Terni. Specializzato in Pediatria a Perugia nel 1987.

Da sempre profondamente ACP, adesione al gruppo ACP umbro durante gli anni della specializzazione. Dal 1988 pediatra di famiglia a Jesolo.

Presidente dell'ACP Lucrezia Corner di Venezia dal 2013 con impegno nella produzione di una costante attività culturale formativa (convegni, corsi, gruppi di lavoro quali Balint e Journal Club) e attenzione particolare alla collaborazione e all'integrazione tra la pediatria di famiglia e quella ospedaliera. Animatore di Formazione Regione Veneto.

Dal 2008 attivamente impegnato con onlus Rafiki-Pediatri per l'Africa, con diversi periodi di volontariato in dispensari del Kenya e dell'Etiopia.

Convinto promotore di NpL. Collaborazione con la Biblioteca Civica di Jesolo tramite incontri formativi per i genitori e nell'ambito dei corsi reparto.

Ha collaborato e collabora tuttora con UP-PA, tramite racconti e articoli.

Dal 2011 è componente di un gruppo di revisione critica della letteratura scientifica.

Particolarmente interessato alla promozione dell'Alimentazione Complementare a Richiesta e all'eliminazione delle pratiche inutili e dannose, temi sui quali da molti anni promuove e svolge incontri mensili per i genitori dei nuovi nati.

Paolo Nardini

Nato a Roma nel 1957. Laureato presso l'Università degli Studi di Perugia nel 1982 e specializzato in Pediatria nel 1987 presso l'Università La Sapienza di Roma. Pediatra di famiglia a Roma, con attenzione costante a mantenere sempre aperti canali formativi e di comunicazione con i colleghi e con gli ospedali del territorio. Con lo spirito, il metodo, gli strumenti e gli amici ritrovati in ACP. Corso sulle Metodologie della Formazione nel 2001, promosso da ACP a Motta di Livenza.

Già membro del direttivo e poi presidente della Associazione locale ACP Roma nord-ovest, in seguito fusasi con ACP Lazio. Consigliere ACP Lazio per tre mandati. Iscritto all'albo dei formatori e dei ricercatori ASL RME. Partecipazione a diverse iniziative di ricerca promosse da ACP Lazio e pubblicate su *Medico e Bambino*. Partecipazione allo studio RCT ENBe, promosso da IRCCS "Mario Negri" in collaborazione con ACP e CESAV.

Ha fatto parte del Comitato Etico dell'Ospedale Cristo Re di Roma.

Anna Pedrotti

Pediatra neonatologa di Trento. 55 anni, mamma di quattro ragazzi e nonna di una splendida bimba. Specializzata a Milano. Conseguito il dottorato di ricerca a Lossanna, ha lavorato in Ospedale a Trento in Pediatria e in Neonatologia-Terapia intensiva neonatale. Responsabile della Struttura semplice Attività perinatale-Patologia neonatale, si è occupata direttamente dei progetti di prevenzione e promozione della salute, curandone gli aspetti organizzativi, formativi, informativi e di monitoraggio. Attualmente lavora presso il Dipartimento Salute e Solidarietà sociale della Provincia autonoma di Trento e coordina i programmi relativi alla promozione della salute materno-infantile, all'alimentazione/allattamento, al sostegno alla genitorialità. Referente dei progetti Comunità e Ospedali Amici dei bambini, Nati

per Leggere, Genitori più e Sorveglianza 0-2. Formatore dei corsi OMS-Unicef 20 ore e di Nati per Leggere. Lavora con gli operatori sanitari dei servizi territoriali e ospedalieri e collabora con le biblioteche, i musei, i comuni, le scuole, l'agenzia per la famiglia, i gruppi di genitori.

Interessi: "Mi piace lavorare insieme, guardare alle buone pratiche ovunque siano e impegnarmi per migliorare le opportunità di salute e di sviluppo per tutti i bambini, le famiglie, la comunità".

Sergio Maria Speciale

Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1972. Specializzazione in Pediatria (1975) e in Medicina Legale (1980). Corso di perfezionamento in Neonatologia (1982). Perfezionamento in Gastroenterologia Pediatrica presso la UO di Gastroenterologia Pediatrica dell'Università di Messina (1997).

Assistente di ruolo in Pediatria presso l'Ospedale M. Raimondi di San Cataldo e l'Ospedale S. Elia di Caltanissetta fino al 1988. Aiuto di ruolo presso l'UO di Pediatria (1988-1994). Dirigente Medico presso il Reparto di Pediatria e Neonatologia (1994-1997). Pediatra di famiglia presso l'ASP di Caltanissetta (1997-2018) e attualmente pediatra libero professionista.

Docente di Pediatria presso la Scuola Infermieri Professionali e il Centro di Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) di Caltanissetta.

Organizzatore e responsabile scientifico di Convegni ECM con la collaborazione di esperti dell'Istituto Mario Negri di Milano, dall'Università di Messina e dell'Università Federico II di Napoli.

Direttore Responsabile, dal 2010 al 2016, del Giornale dell'Azienda ASP 2 di Caltanissetta.

Medico sentinella della rete SPES ISS dal 2000.

Socio fondatore e Presidente dell'Associazione Culturale Pediatri "Centro Sicilia" dal 2003.

Dal 2004 al 2014 consigliere comunale del Comune di Caltanissetta e Presidente della Commissione Sanità, con particolare attenzione alla ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse in campo socio-sanitario, al rigore gestionale e contenimento della spesa, ai risultati di salute mediante verifiche periodiche.

Candidatura alla Presidenza Nazionale ACP

Federica Zanetto

Laureata in Medicina e Chirurgia nel 1981 presso l'Università degli Studi di Milano. Specializzata in Pediatria nel 1984 presso l'Università degli Studi di Milano.

Pediatra di famiglia ASL Monza e Brianza dal febbraio 1985. Animatore di Formazione della Regione Lombardia. Membro del Direttivo ACP Milano e Provincia. Membro del comitato editoriale di *Quaderni acp* dal 2003. Membro del Direttivo Nazionale ACP (triennio 2003-06). Referente ACP per la Regione Lombardia fino a ottobre 2015. Referente progetto "Nati per Leggere" Regione Lombardia. Referente ACP alla Consensus Conference 2007 "Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica di dislessia, disortografia e discalculia" e attualmente referente ACP

nel gruppo tecnico di sviluppo delle linee guida DSA. Referente ACP nel gruppo di lavoro multidisciplinare sul Documento di consenso 2012 "Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni".

Coordinamento di gruppi di lavoro, pubblicazioni e partecipazione ad attività di ricerca in ambito nazionale e locale.

Presidente nazionale ACP nel triennio 2015-2018

Corso IREF metodologie formative, Milano, 1994; Diploma di counselling skill, CHANGE, Torino, 1996; Corso Nazionale ACP "Le metodologie della formazione", Motta di Livenza, 2001; Corso di Perfezionamento in Evidence Based Medicine, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - settembre 2001/febbraio 2002; Corso di Formazione "Ricerca e Sperimentazione Clinica in Pediatria Ambulatoriale", Centro per la Salute del Bambino - Trieste, 2002; Master Nazionale di Formazione per i Formatori al counselling in medicina, Torino, 2001; Corso di Formazione "Supporto alla genitorialità e promozione della lettura ad alta voce in famiglia", Trieste, 2004.

Corso di Perfezionamento in Pediatria della Disabilità, Università degli Studi Milano Bicocca, Anno accademico 2011-2012; Corso di Perfezionamento in Psicologia Clinica Perinatale, Università degli Studi di Brescia, Anno accademico 2012-2013; Corso annuale di formazione in Clinica Transculturale, Crinali C.S. Onlus. Milano, marzo 2014-marzo 2015; Corso di formazione "Early Child Development: lo sviluppo precoce del bambino e gli interventi possibili", Trieste, 11-12 dicembre 2015; 15-16 gennaio 2016.



Ormai tutte le riviste scientifiche di qualità richiedono una dichiarazione di conflitto di interesse da parte degli autori, ma questa virtuosa abitudine non ha investito gli editori di libri di testo di medicina. Il più celebre tra questi, l'*Harrison's Principles of Internal Medicine* presenta quasi la metà degli autori con conflitti di interesse e pagati per oltre 11 milioni

di dollari da ditte farmaceutiche o da dispositivi medici statunitensi tra il 2009 e il 2013. I più coinvolti in questa mancata dichiarazione sono gli specialisti del sistema cardiovascolare, oncologico, renale, respiratorio, endocrinologico e delle malattie infettive. Questi dati fanno parte di una ricerca che ha analizzato il conflitto di interesse tra gli autori di 6 testi di medicina di più frequente utilizzo negli Stati Uniti che ha considerato anche il Katzung and Trevor di Farmacologia, il Remington di Farmacia, il Koda-Kimble di Farmacoterapia, lo Yagela's di Farmacoterapia per odontoiatri e un testo di Osteopatia. I dati dei pagamenti sono stati raccolti da una organizzazione no-profit che ha utilizzato due database disponibili per i pagamenti dei medici (il projects.propublica.org/d4d-archive e il Sunshine Act) e pertanto gli autori non hanno potuto considerare altri pagamenti da industrie presenti in altri continenti. Questa, pubblicata recentemente, non è la prima indagine sul mondo dell'editoria dei libri di testo che non ha mai avuto interesse nell'affrontare questo problema. E la McGraw-Hill, editore dell'*Harrison*, invitata a commentare questo fatto, non ha mai accettato di rispondere.

Piper BJ, Lambert DA, Keefe RC, Smukler PU, Selemmon NA, Duperry ZR. Undisclosed conflicts of interest among biomedical textbook authors. *AJOB Empir Bioeth* 2018.

Hawkes N. Medical textbook authors received £11m in undisclosed payments from drug and device makers. *BMJ* 2018 Mar 8;360:k1118.

Preparare i bambini a svolgere la risonanza magnetica senza sedazione



Michele Capurso¹, Corrado Rossetti², Luca Mutti³, Aurora Vecchini⁴, Anita Ciani⁵

¹ Ricercatore in Psicologia dello Sviluppo e dell'educazione, Dipartimento di Filosofia, Scienze sociali, umane e della formazione, Università degli Studi di Perugia

² Pediatra, Associazione Culturale Pediatri, Umbria

³ Medico Chirurgo Specialista in Radiodiagnostica, USL Umbria 1, UOC Diagnostica per Immagini degli Ospedali dell'Emergenza, Radiologia, Città di Castello (Perugia)

⁴ Ricercatore in Psicologia dello Sviluppo e dell'educazione, Dipartimento di Filosofia, Scienze sociali, umane e della formazione, Università degli Studi di Perugia

⁵ Counsellor e Insegnante di scuola dell'infanzia, Associazione "La Ghianda", Perugia

La risonanza magnetica nucleare (RMN) è diventata una delle più importanti tecniche diagnostiche del nostro tempo. Quando viene eseguita correttamente, essa offre numerosi vantaggi e possibilità a fronte di effetti collaterali praticamente nulli. Tuttavia i tempi dell'esame sono piuttosto lunghi e l'ampia gamma di suoni e rumori, accompagnata da restrizioni fisiche, fanno della RMN uno strumento particolarmente stressante per i bambini. Scopo di questo articolo è presentare un progetto di preparazione alla RMN svolto in Umbria con 66 bambini (età 3-14; età media 7,5; DS 2,55; 63% maschi). Dei bambini preparati, 61 hanno completato con successo la RMN senza sedazione. La qualità delle immagini ottenute è risultata simile a quella di altri programmi riportati in letteratura e non sono stati trovati effetti legati all'età o alla durata temporale dell'esame sulla qualità delle immagini ottenute. Il programma di preparazione alla RMN rappresenta un significativo esempio di collaborazione tra Università, Azienda Sanitaria Locale e associazioni di volontariato, ed è capace di generare significativi risparmi in termini economici e di tempo.

Nuclear magnetic resonance imaging (MRI) has become one of the most important diagnostic techniques of our time. When it is performed correctly, it offers numerous advantages and possibilities with virtually no side effects. However, the examination times are quite long and the wide range of sounds and noises, accompanied by physical restrictions can make the MRI particularly stressful for children. The aim of this article is to present a MRI preparation project in Umbria with 66 children (age 3-14, average age 7.5, SD 2.55; 63% males). Of the prepared children, 61 successfully completed MRI without sedation. The quality of the images obtained was similar to that of other programs reported in the literature and no effects related to age or duration of the scan on the quality of the obtained images were found. The MRI preparation program represents a significant example of collaboration between the University, the Local Health Authority and voluntary associations, and is able to generate significant savings in terms of economic and time.

La risonanza magnetica è un'indagine sempre più utilizzata in età pediatrica: viene proposta per lo studio morfologico e talora funzionale del sistema nervoso centrale (SNC), del sistema muscolo-scheletrico, del sistema cardiovascolare, degli organi addominali e della pelvi [1,2]. Al contrario della TAC, i campi magnetici della RMN, a fronte di una procedura correttamente eseguita, non sono dannosi, ma l'esecuzione dell'esame può essere difficile perché richiede una immobilità che va dai 15 ai 40 minuti, all'interno di un macchinario chiuso che può generare una sensazione claustrofobica e in una situazione di isolamento dagli adulti [3]. Per tale motivo generalmente si utilizza una sedazione profonda o una anestesia che implicano costi, personale qualificato e tem-

pi abbastanza lunghi per la preparazione e per l'osservazione successiva all'esame [4]. L'anestesia e la sedazione possono inoltre comportare, sebbene con scarsa frequenza, una certa percentuale di eventi avversi, anche in connessione a specifiche patologie di base del bambino [5]. Per questi motivi, negli ultimi anni è stata avanzata la possibilità di preparare i bambini attraverso percorsi psicoeducativi e comportamentali, al fine di consentire loro di svolgere la risonanza senza sedazione.

Obiettivi

1 Riconoscere ai bambini che si sottopongono alla risonanza un ruolo attivo e in grado di superare il disagio e le paure per la procedura.

- 2 Valutare l'efficacia di un intervento psicoeducativo di preparazione alla RMN.
- 3 Strutturare un progetto di preparazione alla RMN in grado di restare attivo anche alla fine della sperimentazione iniziale, senza costi per la struttura ospedaliera.

Metodi

L'intervento psicoeducativo

Per la realizzazione dell'intervento psicoeducativo ci si è avvalsi della collaborazione di due tirocinanti del corso di studio in Scienze della Formazione Primaria dell'Università di Perugia, supervisionati da uno degli autori. Elemento cruciale della progettazione è stato inoltre il coinvolgimento di una associazione di volontariato già operante sul territorio. Infatti, come sottolinea Michael Cole [6], quando si realizza un progetto di intervento, è necessario preoccuparsi della sua continuità anche dopo che il ricercatore o il promotore del lavoro hanno terminato la propria azione. Tale risultato si raggiunge secondo una metodologia denominata "multilivello", capace di attivare in loco conoscenze e abilità cruciali sia per la progettazione che per la successiva partecipazione a pratiche sociali rilevanti.

La progettazione ha inoltre seguito un modello educativo basato sulla struttura del microsistema secondo la teoria bioecologica di Bronfenbrenner [7,8], che prevede alcuni piani di azione specifici: *Attività*. Si è operato in modo tale da trasformare l'esame della RMN da attività "molecolare" (cioè occasionale e priva di senso agli occhi del bambino) in attività "molare", fornita cioè di una struttura finalistica, una precisa scansione temporale e soprattutto dotata di un senso per tutti i soggetti che vi partecipano.

Ruoli. Le attività sono state progettate secondo l'idea di operare una trasformazione di ruolo per il bambino. Il suo ruolo

è passato da paziente/passivo a quello di persona attiva, che impara, che viene resa consapevole di quanto gli accade intorno.

Relazioni. Nella attività di preparazione alla RMN, la necessità di svolgere l'esame viene vista come occasione per stabilire nuove relazioni con altri. Un incontro propedeutico con il personale della radiologia offre a tutti l'occasione di presentarsi e al bambino di pensare in termini di persone reali e non di immagini fantasmatiche. Un secondo aspetto fondante della relazione è quello della creazione di uno spazio e un tempo per l'accoglienza. Gli educatori che svolgono l'attività di preparazione accolgono il bambino all'ingresso dell'ospedale e gli presentano un percorso con delle tracce da seguire per arrivare in sala giochi. Seguire una traccia significa avere modo di non perdersi, di sapere dove si è e dove si sta andando. In termini psicologici tutto questo consente al bambino di sentirsi pensato e accolto dall'ospedale, che diviene così un luogo che è possibile conoscere grazie al riconoscimento di persone, segni e codici che diventano interpretabili.

Personaggio mediatore. Tutti questi passaggi vengono facilitati dalla presenza di un personaggio mediatore, che nella nostra attività si chiama "Battista, un coniglietto che di mestiere fa l'esploratore professionista". Il personaggio mediatore serve a proporre una struttura condivisa per il collegamento tra contesti che altrimenti sarebbero troppo lontani e non potrebbero comunicare. Proprio come un sasso che sporge sopra un torrente e ci consente di attraversarlo, il mediatore facilita il collegamento tra il mondo del bambino e la struttura sanitaria. Esso inoltre consente al bambino di fare delle previsioni, di partecipare a un progetto condiviso in modo adeguato alle sue capacità e volontà [9]. Nel nostro progetto il mediatore comunica, tramite un libretto operativo, le tracce lasciate nello spazio, il diploma finale che viene consegnato al bambino.

Le fasi principali del progetto sono indicate nel **Box 1**. La preparazione avviene qualche giorno prima della risonanza, presso la sala giochi della Pediatria dell'Ospedale dove si svolgerà lo stesso esame.

Valutazione dell'intervento

La valutazione dell'intervento è stata svolta *ex post facto* e ha previsto la rilevazione del numero di bambini preparati che hanno svolto la risonanza con successo; la misura della qualità delle risonanze svolte, effettuata tramite una scala empirica sviluppata da de Bie e coll. [10]; il mantenimento della attività nel tempo. La valuta-

BOX 1. Le fasi principali dell'intervento di preparazione psicopedagogica alla Risonanza Magnetica in età pediatrica

0. GESTIONE DELLA PRENOTAZIONE

Al momento della prenotazione, il CUP mette in comunicazione la famiglia con il caposala del reparto di Pediatria, che a sua volta contatta la famiglia e presenta loro la possibilità di svolgere l'attività di preparazione psicopedagogica allo svolgimento dell'esame senza sedazione. In caso di interesse da parte dei genitori, il caposala fornisce loro i recapiti telefonici della associazione di volontariato che si occupa del progetto.

1. IL LIBRETTO OPERATIVO

Una volta stabiliti i contatti tra associazione e famiglia del paziente, viene inviato a casa del bambino un libretto operativo preparato ad hoc. Il libretto si intitola "Battista e il mistero della risonanza magnetica" e illustra, attraverso l'uso di un personaggio mediatore, le persone, i suoni e la strumentazione che il bambino incontrerà quando si recherà a fare la risonanza. Si stabilisce poi un appuntamento presso l'ospedale per effettuare la preparazione vera e propria.

2. ACCOGLIENZA IN OSPEDALE

Il bambino viene accolto sulla porta dell'ospedale e seguendo delle tracce predisposte ad hoc raggiunge la sala giochi della Pediatria dell'Ospedale dove si svolge la preparazione.

3. RILETTURA DEL LIBRETTO

Uno dei volontari che preparano all'attività e il bambino rileggono assieme il libretto operativo. In questo modo il bambino può fare le prime domande e commenti sulla RMN.

4. ATTIVITÀ DI PREPARAZIONE

L'attività di preparazione si svolge attraverso diverse fasi che prevedono:

- > La lettura e il commento del libretto operativo.
- > L'ascolto dei suoni della risonanza e la creazione di analogie con suoni già noti.
- > Lo svolgimento di un gioco di ruolo dove il bambino utilizza con delle bambole un modellino della risonanza.
- > Un semplice percorso motorio, durante il quale il bambino viene invitato ad attraversare e poi sostare in un tunnel di tela; durante la sosta al bambino vengono fatti ascoltare ad alto volume i suoni della risonanza.

5. VISITA ALLA STANZA DELLA RMN

Accompagnato dal volontario, il bambino visita la stanza della risonanza e conosce il tecnico RMN.

6. SVOLGIMENTO DELL'ESAME

Il giorno dell'esame il bambino ritrova il volontario che ha fatto con lui la preparazione. In accordo con la famiglia, si indica una persona (mamma, papà, volontario) che accompagnerà il bambino nella stanza della risonanza durante lo svolgimento dell'esame.

7. CONSEGNA DEL DIPLOMA DI ESPLORATORE CORAGGIOSO

Al termine dello svolgimento dell'esame, il bambino riceve il diploma di esploratore coraggioso.

zione della qualità delle immagini ottenute è stata effettuata in tre momenti: T1 (tra i 5 e i 10 minuti dopo l'inizio dell'indagine), T2 (a circa 10-15 minuti) e T3 (oltre i 30 minuti, nei casi in cui vi erano sequenze disponibili).

Nello specifico, con la valutazione si è inteso rispondere ai seguenti quesiti di ricerca.

- 1 È possibile preparare i bambini alla risonanza magnetica usando un sistema a costo zero e basato sui volontari?
- 2 I risultati di detta preparazione sono comparabili con quelli di altri progetti simili?
- 3 La durata dell'esame di risonanza influisce sulla qualità delle immagini diagnostiche?
- 4 L'età dei bambini ha degli effetti sulla loro capacità di svolgere l'esame senza sedazione?

Partecipanti

L'attività di preparazione e rilevazione dei dati si è svolta tra ottobre 2008 e dicembre 2017.

In questo periodo sono stati preparati in tutto 66 bambini e bambine (età compresa tra 3 e 14 anni; mediana dell'età 7 anni, età media 7,52 anni; DS 2,55 anni; 63% maschi).

Risultati

Qualità delle immagini ottenute e tasso di successo della preparazione

Su 66 bambini preparati, 62 (93.9%) hanno poi svolto la RMN. La qualità media delle immagini ottenute è stata di 2,46 alla rilevazione T1; 2,51 a T2; 2,55 a T3. Delle 62 risonanze effettuate, 4 hanno riportato punteggi medi >3 (ricordiamo che

nella scala di de Bie, un punteggio di 4 indica una scarsa qualità delle immagini ottenute). Per determinare l'effettiva utilità clinica di questi 4 esami, un radiologo ha condotto una analisi più approfondita delle intere indagini. Ne è emerso che 3 indagini sono risultate comunque valutabili clinicamente, mentre 1 è stata classificata come scarsamente leggibile. In sintesi, su 66 partecipanti al progetto di preparazione alla RMN, siamo stati in grado di ottenere indagini clinicamente utili per 61 bambini (92,4%).

Effetti della durata dell'esame e dell'età del bambino sulla qualità delle immagini

Per valutare la costanza della qualità delle immagini nei diversi momenti della RMN, è stato usato un test di Wilcoxon. L'analisi non ha restituito differenze significative (T1 vs T2: $Z = -0,498$, $p = 0,618$; T2 vs T3: $Z = -0,263$, $p = 0,793$; T1 vs T3: $Z = -0,460$, $p = 0,963$), indicando la presenza di immagini qualitativamente simili indipendentemente dalla durata dell'esame.

La correlazione tra l'età dei partecipanti e la qualità delle immagini ottenute è stata verificata per mezzo del coefficiente di Spearman; si è così verificato che età dei partecipanti e qualità delle immagini ottenute non sono correlate (età e T1: $\rho = -0,119$, $p = 0,358$; età e T2: $\rho = -0,068$, $p = 0,600$; età e T3: $\rho = -0,168$, $p = 0,343$).

Discussione

I nostri dati indicano che la preparazione di bambini della fascia di età 3,5-14 anni ha avuto un alto grado di successo. La qualità delle immagini ottenute con bambini non sedati è generalmente buona. L'obiettivo di evitare la sedazione è stato raggiunto con un indice superiore al 90%.

I dati del presente intervento appaiono in linea con quelli presentati da altri autori, che utilizzano però sistemi più complessi e costosi oppure si appoggiano all'intervento di personale strutturato. Per esempio, il progetto di preparazione di de Amorim e Silva [11] utilizza un *play therapist* e una unità di simulazione in scala 1:1 che occupa una intera stanza e riporta un tasso di successo nel 94%. Khan e coll. [12] hanno elaborato un ricco programma di preparazione, svolto da un *child-life specialist* con l'ausilio di un visore video per RMN, un lettore DVD collegato a un monitor montato su un braccio mobile, un video proiettore di effetti speciali. Gli autori riferiscono una diminuzione del 34,6% della frequenza delle sedazioni, che tuttavia rimanevano utilizzate nel 52,8% dei casi. Va

notato tuttavia che il campione di riferimento di questa ricerca copriva una fascia d'età 0-7 anni.

Conclusioni

Sarebbe lecito attendersi che la durata dell'esame abbia un effetto sulla qualità delle immagini rilevate, ma i dati che abbiamo raccolto in questo studio non confermano tale ipotesi. Questa informazione appare in linea con quanto riferito da Halliwell e de Bie [10,13].

Costi

Uno dei vantaggi principali di questo progetto è quello di avere un costo economico virtualmente nullo e di comportare invece una serie di risparmi per le ASL. Il setup iniziale della attività è costato meno di 200 euro, dato che il libretto operativo è stato creato dall'università e da studenti impegnati in attività di tirocinio; il modellino della risonanza è stato fabbricato e donato da un artigiano locale, il tunnel di tela è stato donato.

Altri studi invece riportano costi molto diversi. In molti casi l'attività di preparazione viene guidata da un educatore professionista pagato dall'ospedale (*child life* o *play therapist*); alcuni progetti inoltre impiegano simulatori commerciali o equipaggiamento tecnico costoso, complesso e ingombrante con costi complessivi che variano tra i 10.000 e i 200.000 dollari [11,14-16]. In termini di risparmio invece, se assumiamo per valide le stime di Carter e coll. che indicano in circa 1500 dollari il costo totale di una sedazione pediatrica [17], allora possiamo affermare che il nostro progetto ha comportato un risparmio di circa 75.000 euro.

Alla luce dei nostri risultati possiamo affermare che, almeno in piccoli ospedali, per effettuare una preparazione efficace l'uso di apparecchiature di simulazione o sistemi di intrattenimento sofisticati non sia necessario. I bambini sono abituati, per loro natura, a svolgere giochi di simulazione. Non hanno nessuna difficoltà a immaginare che un tunnel di tela sia una RMN o che loro siano degli investigatori in missione esplorativa.

La ragione principale per cui il costo della preparazione alla RMN è stato mantenuto così basso risiede nel coinvolgimento di una locale associazione di volontariato, già operante presso la pediatria, per effettuare la preparazione dei piccoli pazienti.

Una trasformazione culturale

Questo progetto ha prodotto un altro effetto, sebbene più difficilmente misurabile. Ci si riferisce al messaggio "culturale" introdotto nell'ambiente ospedalie-

ro, messaggio volto a evidenziare come la manovra tecnico-medica della sedazione possa essere evitata spostando l'azione sul piano pedagogico e relazionale. A dicembre 2017 si è svolto un *audit* ospedaliero per presentare i dati preliminari del lavoro e raccogliere le opinioni dei diversi partecipanti. Il personale sanitario presente ha espresso la propria soddisfazione nel sentirsi coinvolto nella attività e ha riconosciuto la valenza sociale e pedagogica del percorso di preparazione alla RMN. Anche se questo studio non prevedeva misure di soddisfazione dei genitori o dei bambini, alcuni dati tendenziali sono comunque rilevabili, seppure in modo aneddotico. Anzitutto il 100% delle famiglie partecipanti ha scelto di donare il 5% all'associazione di volontariato. Inoltre i genitori riferiscono che i bambini risultano sempre interessati all'attività, ne parlano in famiglia e spesso portano a scuola il diploma di "Esploratore coraggioso" per mostrarlo ai compagni. Alcuni dei bambini hanno persino chiesto di poter tornare a fare la risonanza una seconda volta!

Limiti di questo lavoro

Questo lavoro presenta alcune limitazioni che è utile indicare. Trattandosi di una analisi retrospettiva e dato il basso numero di soggetti pediatrici che ricorrono alla risonanza, non è stato possibile strutturare un approccio randomizzato con gruppo di controllo. In particolare, non ci è dato sapere se la qualità delle risonanze pediatriche effettuate sotto sedazione sia migliore, né se alcuni bambini sarebbero in grado di sottoporsi all'esame anche senza essere preparati. In ogni caso è utile notare che presso la struttura ove si è svolto il progetto è divenuta prassi comune e condivisa offrire a tutti i pazienti con età maggiore dei 3 anni la possibilità di ricorrere al programma di preparazione.

Alcuni bambini richiederebbero comunque una sedazione, ed è utile riuscire a individuarli in anticipo al fine di evitare loro delle esperienze ripetute e non utili. In particolare la letteratura in materia suggerisce che per bambini con autismo, con gravi ritardi dello sviluppo cognitivo, disturbi motori un progetto di preparazione psicologica sia difficilmente realizzabile [12].

Infine il nostro progetto non ha misurato effetti sull'ansia, sullo stress, sul gradimento dell'attività in bambini, genitori, personale sanitario, volontari. L'osservazione e la misurazione di queste dimensioni possono essere introdotte in lavori futuri.

Conclusioni

Questo progetto prova che la preparazione a svolgere la RMN sia effettuabile anche nel contesto della sanità pubblica italiana con un tasso di successo comparabile a quello di altre analoghe iniziative. Oltre a diminuire i rischi, il progetto comporta un sensibile risparmio nelle spese riconducibili alla sedazione pediatrica. Infine, lo sviluppo di un progetto di questo tipo appare coerente con gli obiettivi di umanizzazione dell'ospedale, poiché consente ai bambini di affrontare l'esame in modo attivo e consapevole, migliorando la comunicazione medico-paziente e l'interazione con la comunità locale.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare quanti hanno collaborato alla realizzazione del progetto: L'Associazione Matty & Co. di Città di Castello (PG), tutti i suoi volontari e in particolare Cristina Caldei, che coordina le attività di preparazione alla RMN. Alfredo Baldicchi e Giovanni Morini che hanno gestito, assieme al CUP, le prenotazioni delle RMN pediatriche e la prima comunicazione con le famiglie. La direzione di presidio, i direttori e il personale delle strutture complesse di Pediatria e di Radiologia dell'Ospedale di Città di Castello; il Prof. Valerio Santangelo, docente di Psicologia Generale presso l'Università degli Studi di Perugia, che

ha svolto l'analisi dei dati. Annalisa Nunzi ed Eleonora Rossi, che hanno messo a punto le attività iniziali di preparazione alla RMN.

✉ michele.capurso@unipg.it

1. A'Bear D. Supporting the Learning of Children with Chronic Illness. *Canadian Journal of Action Research* 2014;15:22-39.
2. Medina LS, Blackmore CC, Applegate K. Evidence-Based Imaging: Improving the Quality of Imaging in Patient Care. Springer, New York, 2011.
3. Reddy U, White MJ, Wilson SR. Anaesthesia for magnetic resonance imaging. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 2012;3:140-4.
4. Sury MR, Harker H, Begent J, Chrong WK. The management of infants and children for painless imaging. *Clin Radiol* 2005;60:731-41.
5. Malviya S, Voepel-Lewis T, Erdevik OP, et al. Sedation and general anaesthesia in children undergoing MRI and CT: adverse events and outcomes. *British Journal of Anaesthesia* 2000;84:743-8.
6. Cole M. Cultural psychology: A once and future discipline. Harvard University Press, 1988.
7. Capurso M. Supporting Children's Development Through Educational Work: A Bioecological Perspective. *Psychology and Education* 2015;3-4:34-8.
8. Bronfenbrenner U. *Rendere umani gli esseri umani: bioecologia dello sviluppo*. Collana di psicologia. Edizioni Erickson, 2010.

9. Canevaro A. *Pietre che affiorano: i mediatori efficaci in educazione con la logica del domino*. Edizioni Erickson, 2008.

10. de Bie HM et al. Preparing children with a mock scanner training protocol results in high quality structural and functional MRI scans. *Eur J Pediatr* 2010;9:1079-85.
11. De Amorim e Silva CT, et al. Practice MRI: Reducing the need for sedation and general anaesthesia in children undergoing MRI. *Australasian Radiology* 2006;4:319-23.
12. Khan JJ, Donnelly LF, Koch BL, et al. A program to decrease the need for pediatric sedation for CT and MRI. *Applied Radiology* 2007;4:30.
13. Stewart SE, de Amorim E, Silva CT, Ditchfield MR. Reviewing the process of preparing children for MRI. *Pediatr Radiol* 2008;38:271-9.
14. Rosenberg DR et al. Magnetic resonance imaging of children without sedation: preparation with simulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36:853-9.
15. Harned II RK, Strain JD. MRI-compatible audio/visual system: impact on pediatric sedation. *Pediatr Radiol* 2001;31:247-50.
16. Cejda KR, Smeltzer MP, Hansbury EN, et al. The impact of preparation and support procedures for children with sickle cell disease undergoing MRI. *Pediatr Radiol* 2012;42:1223-8.
17. Carter AJ, Greer ML, Gray SE, Ware RS. Mock MRI: reducing the need for anaesthesia in children. *Pediatr Radiol* 2010;40:1368-74.

José Antonio Abreu, il Maestro dei Maestri, come era stato da alcuni soprannominato, ci ha lasciati il 24 marzo 2018. Non era in effetti "solo" un Direttore d'orchestra, ma un vero maestro di vita per centinaia di migliaia di giovani venezuelani che sono passati per la *Fundación del Estado para el Sistema Nacional de las Orquestas Juveniles e Infantiles de Venezuela*. Un sistema musicale, El Sistema, che vive tuttora, animato da educatori e musicisti professionisti ma dove anche i ragazzi con maggiore anzianità musicale sono chiamati a insegnare ai più piccoli. La musica quindi vista come un'occasione di socializzazione, rispetto e convivenza per tanti giovani che, tolti dalle strade, tolti quindi da violenza e droga, hanno l'opportunità, completamente gratuita, di farsi una cultura e costruirsi una vita migliore. Un sistema di orchestre che parte dal basso (addirittura dall'età di 3-4 anni) e arriva fino all'età adulta con strumentisti e coristi e include anche ragazzi affetti da sordità. Abreu, che è stato anche Ministro della Cultura nel suo Paese, ha contribuito a far conoscere la bellezza della musica e offrire una prospettiva di riscatto sociale per questi giovani, fino ad aprire, per molti di loro, le porte di un futuro professionale. La punta di diamante de El Sistema è l'Orchestra giovanile del Venezuela, condotta fin da quando era giovanissimo dall'ormai noto in tutto il mondo Gustavo Dudamel. Chi ha l'occasione di assistere a una delle performances di questa orchestra non potrà non

stupirsi per il modo rigoroso e originale, spesso gioioso, di fare musica! Conoscere El Sistema è stato uno dei frutti inaspettati dei primi tempi di Nati per la Musica. Siamo partiti nel 2004 ed eravamo all'avida ricerca di tutto quanto riguardasse il rapporto fra musica e sviluppo del bambino. La bussola del nostro agire, un aiuto per la rotta, sono state le priorità che si era data in quegli anni l'ACP. Moltissimo dell'opera di Abreu ci confermava pensando in particolare a due di queste priorità, il sostegno alla genitorialità e l'affronto delle disuguaglianze. Uno dei primi articoli di NpM pubblicati nella nostra rivista è stato proprio *Venezuela: fare musica per costruire il futuro* (Quaderni acp 2007;14(3):141-142). Abbiamo avuto l'opportunità di incrociare per un breve tratto la nostra strada con il Maestro ed egli ci ha fatto l'onore nel 2014, insieme ad altri illustri Maestri come Daniel Barenboim e Riccardo Muti, oltre a numerose personalità del mondo scientifico, di sottoscrivere il manifesto "*NpM Le buone pratiche musicali aiutano i bambini a crescere*" (<http://www.natiperlamusica.org/index.php?id=56>). Il Ministro dell'Istruzione Elias Jaua, dando la notizia della sua morte, ha scritto: "Un grande venezuelano ci ha lasciato, grazie Maestro José Antonio Abreu per la tua meravigliosa eredità per i bambini e i giovani del Venezuela". A questo ringraziamento si associa NpM, la sua eredità è arrivata fino a noi.
Stefano Gorini

Il passaggio in cura dal Pediatra di famiglia al Medico di medicina generale: è possibile colmare il vuoto informativo?

Patrizia Elli*, Vittorio Caimi**

*Pediatra di famiglia, Milano; **Medico di medicina generale, Monza

Scopo dell'articolo è illustrare il percorso nato dalla collaborazione tra ACP e WONCA Italia (WI) che ha portato all'elaborazione di una scheda che renda il passaggio dell'adolescente dalle cure del pediatra di famiglia (PdF) a quelle del medico di medicina generale (MMG) una pratica abituale e semplice, evitando la perdita di dati socio-sanitari importanti e frutto di una presa in carico di anni. Si tratta peraltro dello stesso vuoto informativo che riguarda il passaggio in cura da un MMG ad altro MMG o da PdF ad altro PdF e che pure necessita di soluzione altrettanto urgente.

Aim of the paper is to show a simple way for an efficient shift of care of an adolescent from the paediatrician to the general practitioner. A pathway born from the collaboration between ACP and WONCA Italy (WI) with the elaboration of a simple and easy to use registered form able to avoid the loss of important social and health data. A way to bridge an important information gap common to many similar situations as the shift between different paediatricians or general practitioners.

Introduzione

Il passaggio delle cure dal PdF al MMG è un passaggio di consegne, e come tale critico. Non è soggetto a normativa specifica e non è facilitato da procedure informatiche standardizzate per il passaggio di dati dalla cartella clinica del PdF e a quella del MMG [1]. Di fatto è lasciato alla buona volontà del PdF e del MMG e, nella migliore delle ipotesi, il pediatra stampa l'intera cartella informatica del proprio paziente ottemperando più a un atto "burocratico" che a un vero "passaggio di consegne". Esiste molta letteratura che evidenzia come, specie nelle malattie croniche, l'ottimizzazione di questo passaggio consente un miglior controllo della malattia, una migliore aderenza alla terapia e una minor incidenza di ricoveri e di complicanze [2,3].

Esistono Linee Guida nazionali (USA, UK) sulle modalità per renderlo il più efficace possibile [4].

Nel 2009 in occasione del 1° workshop di WI (emanazione italiana dell'organizzazione mondiale dei medici di famiglia) dal titolo "L'assistenza alla famiglia. Il rapporto fra Pediatra di famiglia e Medico di Medicina Generale: discontinuità, contiguità o progetto condiviso?" veniva elaborato un documento finale di consenso che indicava aree di intervento intese come aree che necessitano di una revisione

e puntualizzazione condivisa e integrata tra MMG e PdF [5]. Tra queste, nell'area organizzativa, si parlava di individuare "forme di comunicazione istituzionalizzate per il passaggio dell'assistito dal PdF al MMG, definendone la tipologia (contatto diretto, form cartaceo o computerizzato) e la qualità delle informazioni da trasmettere (per esempio mediante elaborazione di un minimum data set)".

È solo nel 2015 che WI decide di riprendere questa indicazione e di provare a elaborare un minimum data set da sperimentare nel passaggio in cura da Pdf a MMG.

Materiali e metodi

Un PdF (P. Elli) e un MMG (V. Caimi) hanno elaborato una scheda che contenesse le notizie che entrambi ritenevano utili per una adeguata presa in carico del paziente adolescente. Tale scheda è stata sottoposta al direttivo di WI che ha apportato correzioni e suggerimenti al fine di rendere la scheda di facile compilazione e di semplice consultazione, senza tuttavia perdere informazioni importanti.

Nel giugno 2015 si è svolta una fase pilota per testare la validità della scheda informativa dal passaggio in cura dal PdF al MMG. A tale scopo sono state preparate due lettere di presentazione del progetto pilota per il PdF e il MMG, oltre a un breve questionario indirizzato ai due medici

per raccogliere eventuali ulteriori suggerimenti e avere un parere da entrambi sulla fattibilità, completezza e utilità della scheda proposta (Box 1 e 2)

È stata poi proposta ai pediatri ACP una partecipazione volontaria allo studio che prevedeva di arruolare i pazienti dimessi dal PdF dal 1 giugno 2015 al 31 dicembre 2015. Per i pazienti arruolati venivano compilate le schede informative e affidate loro con preghiera di consegnarle al loro futuro medico unitamente alla lettera di presentazione e al questionario che il medico avrebbe dovuto restituire compilato a P. Elli entro dicembre 2015. Ogni pediatra partecipante al progetto, a sua volta, doveva restituire il proprio questionario compilato entro lo stesso termine.

Risultati

I pediatri ACP arruolati sono stati 20, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Sono stati dimessi dai PdF 29 ragazzi nel periodo considerato, ma compilate e inviate solo 17 schede (non inviate tutte perché per alcuni il passaggio è avvenuto senza comunicazione al proprio PdF).

I questionari di valutazione della scheda pervenuti sono stati solo 5 da parte dei PdF e 3 da parte dei MMG, con una sostanziale soddisfazione da parte di entrambi. Il tempo medio di compilazione della scheda da parte del pediatra è stato di 30'. Tuttavia, data la scarsa significatività del numero di questionari pervenuti, si è deciso di distribuire schede e questionari in occasione di una giornata di formazione comune sulla presa in carico della famiglia che si è svolta a Monza nel settembre 2016 e in tre edizioni di Corsi di aggiornamento organizzati dalla ASST Milano nell'ottobre 2016 sull'adolescente e il passaggio in cura.

Inoltre il 23 gennaio 2016 a Roma, in occasione di un Convegno dal titolo: "Continuità assistenziale PdF-MMG nell'assistenza primaria: come ottimizzare il dialogo. Il progetto WONCA-ACP", è stata

BOX 1. Questionario per MMG

COGNOME E NOME DEL MMG:

COGNOME E NOME DEL PEDIATRA:

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO INVIATO:

A tuo giudizio la scheda contiene tutte le informazioni che ti saranno utili per seguire l'assistito?

Sì /___/ NO /___/, se no, quali altre informazioni avresti voluto avere dal Pediatra?

Hai contattato per email o telefono il pediatra per ulteriori informazioni/chiarimenti?

NO /___/ Sì /___/

Ritieni inutili/superflui alcuni campi indicati?

NO /___/ Sì /___/, se sì, cosa toglieresti dalla Scheda?

Giudizio complessivo di soddisfazione sulla Scheda proposta

molto soddisfatto /___/ soddisfatto /___/ poco soddisfatto /___/ per nulla soddisfatto /___/;

se poco o per nulla, perché:

Giudizio sull'utilità di trasmissione delle informazioni sul paziente fornite dal pediatra al MMG

molto utile /___/ utile /___/ poco utile /___/ per nulla utile /___/; se poco o per nulla utile, perché:

Se molto utile o utile, quale modalità di trasmissione delle informazioni pensi sia più opportuna?

scheda cartacea consegnata dal genitore al MMG /___/ file inviato per posta elettronica al MMG /___/ altro (specificare):

Altre osservazioni

NO /___/ Sì /___/ quali?

BOX 2. Questionario per PdF

COGNOME E NOME DEL PEDIATRA:

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO INVIATO:

A tuo giudizio la Scheda contiene tutte le informazioni che saranno utili al MMG per seguire il paziente?

Sì /___/ NO /___/, se no, quali altre informazioni avresti voluto inviare al MMG?

Vi sono altre informazioni sul paziente che riterresti opportuno segnalare per email o telefono direttamente al MMG?

NO /___/ Sì /___/

Ritieni inutili/superflui alcuni campi indicati?

NO /___/ Sì /___/, se sì, cosa toglieresti dalla Scheda?

Ritieni necessario modificare la dizione di uno o più campi? NO /___/ Sì /___/; modifica suggerita:

Hai qualche suggerimento di modifica della "struttura" della Scheda?

NO, va bene così /___/ Sì /___/ quale?

Nel periodo di osservazione, quanti pazienti si sono trasferiti al MMG?

Di questi, a quanti è stato possibile consegnare al genitore la Scheda?

Per quale motivo non è stata consegnata agli altri? Rifiuto del genitore (n.); Non presentazione del genitore (n.); altro (specificare):

Tempo medio di compilazione della Scheda: < 15' /___/ 15'-30' /___/ 30'-45' /___/ > 45' /___/

Giudizio complessivo di soddisfazione sulla Scheda proposta

molto soddisfatto /___/ soddisfatto /___/ poco soddisfatto /___/ per nulla soddisfatto /___/; se poco o per nulla, perché:

Giudizio sull'utilità di trasmissione delle informazioni sul paziente fornite dal pediatra al MMG

molto utile /___/ utile /___/ poco utile /___/ per nulla utile /___/; se poco o per nulla utile, perché:

Se molto utile o utile, quale modalità di trasmissione delle informazioni pensi sia più opportuna?

scheda cartacea consegnata dal genitore al MMG /___/ file inviato per posta elettronica al MMG /___/ altro (specificare):

Altre osservazioni NO /___/ Sì /___/ quali?

data la possibilità di aderire al progetto a coloro che fossero interessati

In queste occasioni sono stati raccolti 41 questionari dei MMG e 85 dei PdF, i cui risultati sono riportati rispettivamente nelle **Tabelle 1** e **2**. Sulla scorta delle indicazioni emerse dai questionari, sono state apportate delle modifiche alla scheda iniziale.

La nuova scheda è stata infine ulteriormente modificata, accogliendo gli utili suggerimenti di alcuni pediatri ACP del Veneto e ibridandola con una scheda da loro pensata allo stesso scopo (è possibile scaricare la versione finale della scheda dal sito di *Quaderni acp*).

Discussione

La difficoltà nel raccogliere il parere dei pediatri e dei medici di famiglia ha protratto i tempi dello studio, ed è responsabile della difformità della raccolta.

Una criticità è sicuramente legata alla scarsa morbilità del paziente adolescente, che di fatto potrebbe essere preso in carico dal medico di famiglia anche dopo un lungo intervallo dalla dimissione dal PdF, con il rischio che alcune informazioni importanti, specie nella sorveglianza di situazioni a rischio, vadano perse o arrivino in ritardo. Per superare questo gap occorrerebbe prevedere la formalizzazione di un bilancio di salute eseguito dal MMG ai propri pazienti nell'intervallo 14-16 anni, sulla falsa riga di quelli previsti dalla Convenzione pediatrica.

Il problema della privacy, sollevato da alcuni, potrebbe essere risolto affidando ai genitori e al paziente la scheda da consegnare in occasione della prima visita dal MMG.

Nel caso in cui si arrivi a poter comunicare tra i programmi dei PdF e dei MMG, occorrerà prevedere la raccolta del consenso da parte dei genitori e dell'adolescente, per la trasmissione dei dati di passaggio in cura.

Una attenzione particolare richiedono le notizie riguardanti l'attività sessuale dei ragazzi e l'eventuale uso di sostanze. Infatti nel caso in cui il pediatra abbia ottenuto informazioni relative a queste aree, in genere non sono informazioni rilasciate in presenza dei genitori e pertanto, sebbene importanti per il MMG, devono trovare una differente modalità di trasmissione sempre concordata con il paziente e da lui gestita.

TABELLA 1. Risultati dei questionari dei 41 medici di medicina generale

SODDISFAZIONE	soddisfatto	30	molto soddisfatto	11		
UTILITÀ RECAPITI	utili	40	non utili	1		
UTILITÀ INFORMAZIONI	molto utili	41				
MODALITÀ TRASMISSIONE	cartaceo	19	mail	18	entrambi	4

OSSERVAZIONI: potrebbero esserci problemi di privacy
 INFORMAZIONI MANCANTI: problemi sociali, disturbi dell'apprendimento, rapporto ragazzo-famiglia

TABELLA 2. Risultati dei questionari degli 85 pediatri di famiglia

SODDISFAZIONE	soddisfatto	48	molto soddisfatto	35	non soddisfatto	2
MODALITÀ TRASMISSIONE*	cartaceo	33	mail	29	entrambi	12
VORRESTI FARE ALTRE SEGNALAZIONI VIA MAIL O TELEFONO? **	sì	19	no	17		

*11 non risposte
 **49 non risposte
 OSSERVAZIONI: potrebbero esserci problemi di privacy
 INFORMAZIONI MANCANTI: sport, scuola, ordine genitura, ambiente familiare, abitudini alimentari, anamnesi neonatale, sviluppo staturico-ponderale e psicomotorio, disturbi psicologici, rischi sociali, abuso sostanze, poco spazio per la cronicità, migliorare la grafica, aggiungere sviluppo puberale maschile
 CAMPI INUTILI: tutti i ricoveri, vaccinazioni, composizione nucleo familiare
 I numeri non corrispondono nella somma al totale delle schede perché in alcune mancavano risposte ad alcuni item

Infine, come da alcuni segnalato, forse correrà usare una modalità differente di passaggio di notizie nei casi di cronicità o disabilità grave sia fisica che psichica. A tale proposito nel 2016 è stato presentato presso l'Istituto Superiore di Sanità parte dell'attività svolta da un gruppo di lavoro promosso dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) e di cui fanno parte anche ACP e WI, per il "transitional care" dei pazienti cronici. Lo studio è ancora in corso e, vista la partecipazione di numerose associazioni mediche e infermieristiche, ci si potrà ispirare ai risultati del medesimo per questa particolare categoria di pazienti.

Prospettive

Il progetto sin qui descritto prevede un'ultima fase in cui verificare, con le software house dei programmi sia pediatrici che di medicina di famiglia, la possibilità di inserire nei programmi il minimum data

set proposto, in modo che la compilazione della scheda avvenga in modo automatico e il più semplice possibile.

✉ patriel52@gmail.com

1. Passerini G, Passerini G. Cambio del medico all'età di 14 anni: quali informazioni dal pediatra di libera scelta al medico di medicina generale? *Quaderni acp* 2013;20(3):132-4.
2. Crowley R, Wolfe I, Lock K, McKee M. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Arch Dis Child* 2011;96(6):548-53.
3. American Academy of Pediatrics. A Consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics* 2002;110:1304.
4. www.webarchive.nationalarchives.gov.uk Transition: getting it right for young people. Londra: Department of Health, 2006.
5. www.coordinamentowoncaitalia.it attività scientifiche-eventi e congressi.

Panoramica sulla pancreatite acuta in età pediatrica



Nicole Caporelli, Marco Cipolli

Centro Regionale Fibrosi Cistica, Regione Marche, Ancona

La pancreatite acuta è un'infezione reversibile del pancreas, che può presentare cause di origine intrapancreatica ed extrapancreatica. Il decorso della malattia può complicarsi coinvolgendo altri organi e apparati e richiedendo l'impegno di altre figure mediche oltre al pediatra. In età pediatrica mancano ad oggi score validati e sono scarsi i lavori scientifici in grado di guidare il medico nella valutazione della severità del quadro e nella scelta del miglior management terapeutico. Tale esigenza è espressa anche nel recente consensus panel dell'European Pancreatic Club (EPC) e dell'Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) le cui raccomandazioni sono necessariamente limitate ad alcuni aspetti del management. Proponiamo qui una sintetica revisione delle conoscenze sull'argomento e alcuni tipi di trattamento.

Acute pancreatitis is a reversible inflammation of pancreas due to intrapancreatic or extrapancreatic causes. A multidisciplinary approach to the disease is sometimes required when systemic or multiorgan complications occur. In children, validated scores and controlled trials useful in the evaluation of disease severity and management are lacking. This requirement is also expressed in the recent consensus panel of the European Pancreatic Club (EPC) and the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) whose recommendations are necessarily limited to some aspects of the management. In this paper, we offer a synthetic up-to-date on knowledge and treatment of acute pancreatitis in paediatric age.

La pancreatite acuta (PA) è un processo infiammatorio a carico del parenchima ghiandolare del pancreas, che spesso richiede un trattamento ospedaliero. Distinguiamo, in base alle caratteristiche anatomico-patologiche, una forma interstiziale edematosa e una necrotizzante (Tabella 1). L'incidenza annua, che risulta in incremento nell'ultima decade, è di 3,6-13,3 casi per 100.000/anno in età pediatrica. È una problematica potenzialmente grave e ad esito talora sfavorevole, con una mortalità in età pediatrica pari a 2-11% attribuibile più alle patologie sottostanti che alle conseguenze della pancreatite stessa; questa è un'importante differenza rispetto all'età adulta nella quale sembra dimostrarsi il contrario.

La PA è definita dalla presenza di almeno 2 dei seguenti 3 criteri: clinico (dolore addominale persistente o remittente che

è localizzato nel 62-89% dei casi ai quadranti addominali superiori; in età pediatrica l'irradiazione posteriore è presente solo nell'1,6-5,6% dei casi), laboratoristico (amilasi o lipasi sieriche $\geq 3x$ il limite superiore di normalità) e strumentale (quadro TC/RM/ecografico suggestivo). In presenza di dolore addominale persistente/remittente è pertanto raccomandato un dosaggio ematico degli enzimi pancreatici. Nella prima infanzia il quadro clinico è più sfumato: meno del 29% dei pazienti presenta dolore addominale e nella maggior parte dei casi sono presenti vomito, iritabilità e distensione addominale.

Eziologia

La necessità di definire l'eziologia della PA è finalizzata ad elaborare la strategia terapeutica più specifica e, se necessario, preventiva nelle forme ricorrenti. Le cause responsabili della PA sono molteplici e la loro prevalenza varia a seconda dell'età. Mentre nell'adulto prevalgono la patologia biliare, l'abuso di alcol, le dislipidemie, le cause iatrogene e i traumi, nell'età pediatrica ricordiamo le malattie sistemiche, le malattie infiammatorie croniche intestinali, la patologia biliare, i traumi, i farmaci, le infezioni, le malattie metaboliche, le neoplasie, le malformazioni bilio-pancreatiche e le forme genetiche (Tabella 2). In particolare è raccoman-

TABELLA 2. Cause della pancreatite acuta in età pediatrica

Anomalie congenite

Cisti coledoco, anomalie giunzione bilio-pancreatica, pancreas divisum

Ostruzione peri-ampollare

Colecistite, neoplasie, Ascaris lumbricoides

Infezioni

Parotite, morbillo, Coxsackie, Echo, Influenza, EBV, Mycoplasma, Salmonella, batteri Gram-negativi

Farmaci

L-asparaginasi, steroidi, acido valproico, azatioprina, mercaptopurina, mesalazina, citarabina, acido salicilico, indometacina, tetracicline, idroclorotiazide, isoniazide, anticoagulanti, alcol

Traumi

Trauma addominale, abuso, post-ERCP, post-chirurgia

Malattie sistemiche

Sindrome di Reye, sindrome fetto-alcolica, LES, AIG, sepsi, MOF, trapianto d'organo, SEU, porpora di Schönlein-Henoch, sindrome di Kawasaki, MICI, pseudo-obstruzione intestinale, ulcera gastrica, anoressia, fibrosi cistica, neoplasie

Cause metaboliche

Iperlipoproteinemia (I, IV, V), ipercalcemia, DM, acidemie organiche, deficit $\alpha 1$ antitripsina

Cause nutrizionali

Malnutrizione, deficit di vitamine A e D

Altre cause

Idiopatica, genetica (CFTR, SPINK1, PRSS1, CPA1, CTRC, CEL HYB)

TABELLA 1. Classificazione delle pancreatiti acute

CLASSIFICAZIONE DI ATLANTA, 2013

- > PA interstiziale edematosa (IEP) (80-90% di tutte le PA)
- > PA necrotizzante (la necrosi è evidenziabile alla TC con mezzo di contrasto dopo 72 ore dall'esordio e in maniera definita a distanza di 7 giorni come mancato enhancement, mentre la sovrainfezione della necrosi è evidente dopo 7 giorni dalla sua comparsa come gas nel contesto dell'area necrotica)

dato escludere le anomalie bilio-pancreatiche nei casi di pancreatite acuta ricorrente ed eseguire l'analisi completa dei geni PRSS1, CPA1, SPINK1, CTRC, CFTR e il test per il gene ibrido CEL YHB al secondo episodio di PA, o al primo evento se coesiste familiarità per PA o pancreatite cronica (PC).

Il percorso diagnostico

All'ingresso, sono utili per stabilire l'eziologia:

- *Anamnesi approfondita* ricercando: episodi di PA precedenti, storia familiare di pancreatopatia, patologia della cole-

cisti/vie biliari, uso di alcol, assunzione di farmaci, dislipidemie, traumi.

- **Esami di laboratorio:** enzimi epatici, calcemia, trigliceridemia, lipasi e amilasi. A questo proposito occorre tenere presente che i valori delle amilasi pancreatiche e delle lipasi sono bassi alla nascita e raggiungono i livelli dell'adulto rispettivamente a 10-15 anni di età e a un anno di età. Inoltre la sensibilità dell'amilasi pancreatica è inferiore al 30% tra il 2° e il 4° giorno dall'inizio dei sintomi, mentre la lipasi conserva una sensibilità superiore all'80%. Pertanto si raccomanda di dosare entrambi gli enzimi pancreatici sierici.
- **Esami strumentali** (ecografia/TC addome superiore).

Nella PA in età pediatrica l'ecografia è raccomandata come esame strumentale di prima linea per la rapida disponibilità e la non invasività. È sensibile nella valutazione delle vie biliari e del pancreas per escludere/evidenziare la presenza di calcoli, di plugs, di cisti del coledoco e di anomalie della giunzione della via biliare principale con il dotto di Wirsung. L'esame ecografico nella PA può mostrare una ghiandola ingrandita e uniformemente ipoecogena, esito di un edema generalizzato. La TC non è sempre indispensabile (Tabella 3) e viene raccomandata in presenza di aggravamento del quadro clinico; inoltre, in età pediatrica, ha lo svantaggio di richiedere talora la narcosi. A volte sono necessari ulteriori approfondimenti diagnostici (Tabella 4). L'ERCP non è raccomandata come strumento diagnostico, ma assume un ruolo terapeutico in caso di bisogno.

Elementi predittivi di severità

È importante riconoscere i casi di PA severa a scopo prognostico e terapeutico. I pazienti con un quadro grave possono richiedere il trasferimento in un reparto di terapia intensiva per il concreto rischio di complicanze sistemiche.

Per predire la gravità della PA in età adulta sono stati proposti diversi score clinici (Ranson, Glasgow, Glasgow modificato, APACHE II) (Tabella 5), singoli marker sierici (PCR, ematocrito, procalcitonina, urea) e modelli basati sul quadro TC. Nel 2013, le linee guida IAP/APA (International Association of Pancreatology/American Pancreatic Association) hanno proposto la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) come indice di gravità della PA (Tabella 6). Tale scelta è nata dalla considerazione che la SIRS è il fattore di rischio per l'insorgenza di disfunzione d'organo che a sua volta è determinante per la definizione di severità. Ad oggi, peraltro, nessuno score ha dimostrato inequivocabilmente la propria superiorità.

Il danno d'organo è un importante elemento indicativo di gravità anche nel bambino; tuttavia le definizioni di SIRS e di danno d'organo per l'adulto non sono adatte all'età pediatrica così come i punteggi predittivi che, per le loro caratteristiche (parametri e valori di riferimento adatti al paziente adulto), appaiono inapplicabili o scarsamente affidabili.

Nel 2002 è stato proposto dal Midwest Multicenter Pancreatic Study Group un modello per la determinazione di severità di PA nella fascia pediatrica: il PAPS score (Tabella 7). Un punteggio = 0 all'ingresso, o dopo poche ore dall'ingresso, è associato a una maggiore probabilità di non avere una PA severa e quindi la possibilità di accoglimento in un reparto di degenza ordinaria; uno score ≥3 all'ingresso indica i casi da inviare direttamente in un reparto di terapia intensiva. Un punteggio di 1-2 suggerisce

un monitoraggio ogni 2 ore in un reparto subintensivo e l'esecuzione di esami ematici ogni 6 ore; se a distanza di 48 ore lo score è ≤2 il paziente può essere rinviato in un reparto ordinario. Purtroppo questo score non è stato validato da ricerche successive e ad oggi non c'è un sistema prognostico raccomandato in età pediatrica.

Complicanze

Livelli enzimatici persistentemente elevati, o in incremento dall'ingresso, persistenza di dolore addominale, comparsa di febbre, riscontro di masse addominali o di ileo paralitico sono fortemente sospetti di insorgenza di complicanze, che possono essere classificate sulla base della tempistica della loro comparsa. Tra le complicanze immediate ricordiamo quelle locali: la necrosi e la raccolta fluida peripancreatica (Tabella 8). Nel primo caso è importante segnalare che

TABELLA 3. Indicazioni alla TC

Le indicazioni ad eseguire la TC addome all'esordio sono limitate a:

- > Dubbio diagnostico (in caso di coesistenza di PA e addome acuto per escludere ischemia o perforazione intestinale)
- > Conferma della severità della PA stimata sulla base dei criteri clinici
- > Fallimento del trattamento conservativo e deterioramento clinico

La tempistica ottimale per la sua esecuzione è almeno 72-96 ore dopo l'esordio clinico (la necrosi pancreatica e peri-pancreatica si rendono evidenti > 72 h)

TABELLA 4. Indagini di secondo livello

Superata la fase acuta, qualora non sia stata identificata una causa scatenante, è necessario proseguire le indagini con:

- > ecografia endoscopica (EUS) utile ad identificare forme autoimmuni, microlitiasi occulta, neoplasie e pancreatite cronica (PC) oltre che a trattare alcune complicanze (pseudocisti e necrosi capsulata)
- > colangiopancreatografia in RM con secrelina utile per escludere rottura del dotto pancreatico o anomalie morfologiche bilio-pancreatiche

Se l'eziologia rimanesse ignota e si verificasse un secondo episodio è utile richiedere una consulenza genetica

TABELLA 5. La pancreatite acuta severa

Nel 1992 la classificazione di Atlanta propose una definizione unica di pancreatite severa basata sulla presenza di disfunzione d'organo e/o complicanze locali e/o un punteggio Ranson ≥3 o APACHE II ≥8

Nel 2013 la revisione della classificazione ha identificato 3 situazioni sulla base della presenza/assenza di complicanze locali e danno d'organo:

- > PA lieve: assenza di danno d'organo e complicanze locali o sistemiche a risoluzione entro 1 settimana
- > PA moderata/severa: danno d'organo transitorio e/o complicanze locali o sistemiche o riacutizzazione di patologie preesistenti; caratterizzata da un decorso più prolungato rispetto alla precedente e potenzialmente associata a complicanze quali necrosi infetta
- > PA severa: danno d'organo persistente (singolo o multiplo)

TABELLA 6. Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS)

La SIRS è definita dai seguenti criteri:

- (1) Temperatura < 36° C o > 38° C
- (2) Frequenza cardiaca > 90 bpm
- (3) Frequenza respiratoria > 20 bpm
- (4) Leucociti < 4000/mmc o > 12.000 /mmc

Una SIRS persistente (per più di 48 ore) in corso di PA si assocerebbe a un maggior rischio di danno multiorgano e di mortalità (25%)

TABELLA 7. PAPS score

PUNTEGGIO	CRITERI ALL'INGRESSO	CRITERI A 48 ORE
1	età < 7 aa	calcemia < 8,3 mg/dl
2	peso < 23 kg	albuminemia < 2,6 g/dl
3	conta leucocitaria > 18.500/mmc	ritenzione idrica > 75 ml/kg/48 h
4	LDH > 2.000 U/l	BUN > 5 mg/dl

la prognosi varia a seconda del grado di necrosi: se presente solo in sede peripancreatica rappresenta una condizione meno severa. La sovrainfezione della necrosi (dopo una settimana dall'esordio) va sospettata clinicamente in caso di stato settico in corso di PA necrotizzante, e alla TC in presenza di bolle d'aria nel contesto della necrosi; secondo il consensus EPC/HPSG, i suddetti elementi sono affidabili al punto da rendere inutile l'aspirazione percutanea con ago sottile (FNA) del tessuto necrotico (che si associa alla possibilità di falsi negativi nel 12-25% dei casi).

La raccolta fluida peripancreatica si forma entro 4 settimane dalla comparsa dei sintomi, è priva di parete fibrosa, si localizza in prossimità del pancreas e in circa il 50% dei casi regredisce spontaneamente.

Le complicanze tardive sono sostanzialmente locali (Tabella 9); è importante distinguere tra ascesso e necrosi infetta poiché il rischio di mortalità in quest'ultima è circa il doppio rispetto al primo e l'approccio terapeutico è differente: gli ascessi possono essere trattati con drenaggio percutaneo, mentre la necrosi infetta richiede l'intervento chirurgico.

Terapia

Il trattamento della PA si basa principalmente su 3 interventi:

- idratazione immediata e adeguata;

- gestione del dolore;
- supporto nutrizionale.

L'avvio della idratazione entro le prime 24 ore dall'ingresso è associato alla riduzione della percentuale dei casi di SIRS persistenti e di danno d'organo. Viene raccomandata un'infusione precoce e aggressiva nelle prime 24 ore di cristalloidi contenenti destrosio; il quantitativo consigliato è di circa 1.5-2 volte il volume di mantenimento. Tuttavia questa indicazione è estrapolata dai dati sulla popolazione adulta, in quanto non esistono trial controllati disponibili. Anche per quanto riguarda la terapia del dolore non sono disponibili linee guida specifiche, e le indicazioni derivano dagli studi condotti sull'adulto (per la valutazione si utilizzano le consuete scale Wong-Baker >3 anni e scala numerica ≥8 anni), e prevedono la somministrazione di FANS (ibuprofene o ketoprofene solo > 6 anni) per il dolore lieve-moderato, eventualmente in associazione agli oppioidi nel caso di dolore più intenso. Studi recenti hanno dimostrato che gli oppioidi – sconsigliati in passato perché ritenuti responsabili di disfunzione dello sfintere di Oddi – possono essere somministrati in sicurezza. La somministrazione orale è quella da prediligere; quando quest'ultima non sia possibile, vanno scelte vie alternative (endovenosa, sottocutanea, rettale e transdermi-

ca), ricordando che quella intramuscolare essendo dolorosa andrebbe evitata.

Riteniamo opportuno il posizionamento di un sondino naso-gastrico (SNG) nei pazienti con PA di grado moderato e severo per ridurre la pressione intragastrica, estrarre le secrezioni e favorire la messa a riposo funzionale del pancreas. Occorrerebbe mantenere tale presidio fino alla scomparsa del meteorismo addominale e all'eventuale ripristino del transito intestinale (alvo aperto a feci e gas), avendo cura di rimuovere l'eventuale ristagno gastrico. In tutti i pazienti il digiuno iniziale è finalizzato a favorire il riposo funzionale del pancreas. I pazienti con PA lieve dovrebbero riprendere ad alimentarsi entro 24-48 ore e comunque non appena si sia risolto il dolore addominale e si abbia una riduzione degli indici di infiammazione (non è necessario attendere la normalizzazione degli enzimi pancreatici). Solo nei pazienti con PA severa è necessario un supporto nutrizionale (che andrebbe avviato entro le 48 ore dall'ingresso) preferendo la nutrizione enterale (NE) (miscela elementari o polimeriche) rispetto alla parenterale (NP). Il consensus EPC/HPSG raccomanda inoltre l'avvio della NE qualora il paziente non tolleri l'assunzione di cibo per os o comunque non raggiunga entro 72 ore un adeguato introito calorico. La NE può essere somministrata attraverso un SNG o un sondino naso-digiunale (SND) che riteniamo opportuno in caso di sintomi da ritardato svuotamento gastrico, sebbene non esistano studi comparativi in età pediatrica tra i due presidi. La NP rappresenta la seconda scelta quando la NE non fosse indicata/tollerata (ileo paralitico prolungato, fistola pancreatica o sindrome addominale compartimentale) e andrebbe avviata entro 5 giorni dall'esordio clinico. In ogni caso, un consenso univoco su come e quando rialimentare il paziente con PA non è ancora stato formulato, né in età adulta né in quella pediatrica.

Altri farmaci che possono essere utili sono gli inibitori di pompa protonica (IPP). Occorre invece sospendere, se già in corso di somministrazione, la terapia steroidea. Profilassi antibiotica e decontaminazione intestinale non sono raccomandate. La terapia antibiotica è invece raccomandata in caso di complicanze infettive sistemiche, colangite o sospetto di necrosi pancreatica infetta.

L'ERCP è indicata nei pazienti con PA biliare e colangite; nel caso in cui la PA risulti severa (se associata a insufficienza di organo), la procedura andrebbe eseguita in urgenza entro 24 ore, mentre in tutti gli altri casi entro le 72 ore. L'esecuzione della colecistectomia in caso di PA biliare non complicata è raccomandata durante il ricovero, prorogandola fino a un massimo di 30 giorni nelle forme di PA biliare lievi.

TABELLA 8. Complicanze immediate

SITO	TIPO
Respiratorie	Bersamento pleurico, versamento mediastinico
Gastrointestinali	Ileo paralitico, infarto intestinale, ipertensione portale, sindrome compartimentale addominale, ostruzione duodenale, peritonite
Affezioni biliari	Litiasi, papillodite, colangite
Vascolari	Sindrome emorragica, emoperitoneo, enterorragia massiva, trombosi portale e splenica
Locali	Necrosi pancreatica/peripancreatica raccolta fluida peripancreatica

TABELLA 9. Complicanze tardive

TIPO	DESCRIZIONE
Fistole nel tratto gastrointestinale	
Pseudocisti	Evolve nel 30%-50% dei pazienti da raccolte fluide acute, a circa 4 settimane dall'esordio clinico. Ha una parete fibrosa frutto di una reazione infiammatoria alla periferia delle raccolte fluide; si localizza generalmente in sede extra-pancreatica, cioè peripancreatica, intraperitoneale, retroperitoneale o addirittura toracica
Necrosi capsulata	Si forma a circa 4 settimane dall'esordio clinico, presenta una parete di tessuto infiammatorio ben definita
Ascesso pancreatico	Si forma tardivamente dopo le 4 settimane dall'esordio clinico, può rappresentare la complicanza di pseudocisti che si infettano

Al contrario, nelle forme di PA biliare severe si deve posticipare la colecistectomia almeno 6 settimane dall'episodio acuto.

L'intervento chirurgico è indicato se:

- non si riesce a distinguere l'episodio di PA da altre emergenze chirurgiche (appendicite);
- le condizioni generali si deteriorano in modo rapido nonostante la terapia medica (sospetto di necrosi infetta);
- vi è una pancreatite necrotizzante infetta certa; la letteratura non fornisce dati precisi sulla tempistica ottimale dell'intervento in età pediatrica. L'intervento invasivo dovrebbe essere ritardato il più possibile, almeno 4 settimane dopo la presentazione iniziale per permettere alla raccolta di diventare capsulata;
- vi è una lesione, complicanza di PA, responsabile di ostruzione di intestino/stomaco/vie biliari;
- vi è ischemia intestinale o emorragia o sindrome compartimentale addominale.

La strategia più opportuna, nel caso di sovrainfezione certa o sospetta della pancreatite necrotizzante, prevede inizialmente il posizionamento per via retroperitoneale di un catetere percutaneo imaging-guidato per

il drenaggio, eventualmente seguito da necrosectomia endoscopica o chirurgica. Dati in letteratura su pazienti pediatrici suggeriscono che il drenaggio transluminale endoscopico della necrosi capsulata o quello eco-guidato, che consente il posizionamento di protesi plastiche o metalliche autoespandibili ricoperte, è sicuro ed efficace.

✉ nicole.caporelli@ospedaliriuniti.marche.it

Abu-El-Haija, Kumar S, Szabo F, et al. Classification of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: Clinical Report From the NASPGHAN Pancreas Committee. *JPGN* 2017;64:984-90.

Bai HX, Ma MH, Orabi AI, et al. Novel characterization of drug-associated pancreatitis in children. *JPGN* 2011;53:423-8.

Bierma MJ, Coffey MJ, Nightingale S, et al. Predicting severe acute pancreatitis in children based on serum lipase and calcium: A multicentre retrospective cohort study. *Pancreatol* 2016;16:529-34.

Coffey MJ, Nightingale S, Ooi CY. Serum lipase as an early predictor of severity in pediatric acute pancreatitis. *JPGN* 2013;56:602-8.

DeBanto JR, Goday PS, Pedroso MR, et al. Acute pancreatitis in children. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1726-31.

Fabre A, Petit P, Gaudart J, et al. Severity scores in children with acute pancreatitis. *JPGN* 2012;55:266-7.

Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. *Pediatr Crit Care Med* 2005;6:2-8.

Lautz TB, Chin AC, Radhakrishnan J. Acute pancreatitis in children: spectrum of disease and predictors of severity. *J Pediatr Surg* 2011;46:1144-9.

Pandolf SJ, et al. Pancreatitis. Regents of University of Mi, Scholarly Publishing Office, 2016.

Párniczky A, Abu-El-Haija M, Husain S, et al. EPC/HPSG evidence-based guidelines for the management of pediatric pancreatitis. *Pancreatol* 2018;18:146-60.

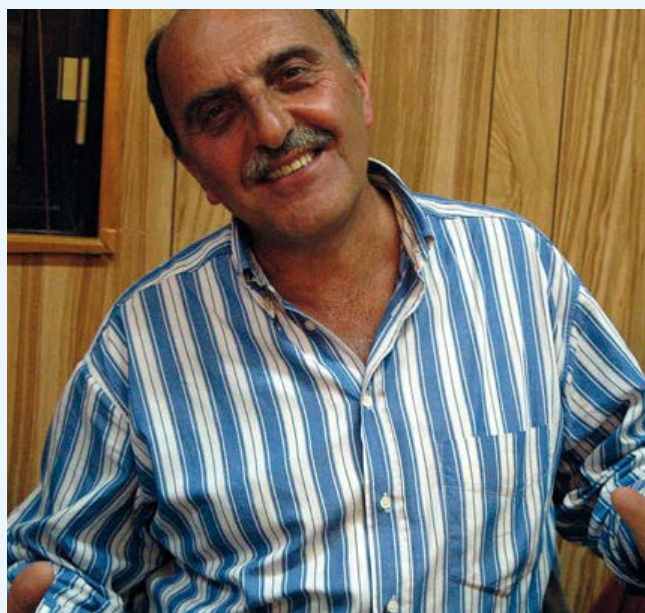
Sankaran SJ, Xiao AY, Wu LM, et al. Frequency of progression from acute to chronic pancreatitis and risk factors: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;149:1490-500.

Suzuki M, Fujii T, Takahiro K, et al. Scoring system for the severity of acute pancreatitis in children. *Pancreas* 2008;37:222-3.

Szabo FK, Hornung L, Oparaji JA, et al. A prognostic tool to predict severe acute pancreatitis in pediatrics. *Pancreatol* 2016;16:358-64.

Working Group IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol* 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" AL CONGRESSO ACP DI TREVISO



Il Concorso è libero: non è riservato ai Soci dell'ACP, né agli iscritti al Congresso Nazionale ACP di Treviso. Gli scatti dovranno avere come tema quello del Congresso. Il tema scelto per quest'anno è: "A spasso con i tempi".

Le foto in formato digitale, accompagnate da didascalia, nome, cognome, telefono ed e-mail dell'autore, dovranno essere inviate all'indirizzo e-mail li.dimaio@alice.it specificando in oggetto **CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA"**, entro il 30 agosto 2018. La liberatoria firmata dal soggetto fotografato è necessaria e va inoltrata nel caso in cui la foto sia tra le vincitrici.

Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Congresso e le foto vincitrici insieme ad altre scelte dalla redazione di *Quaderni acp* saranno le immagini delle copertine dei numeri di *Quaderni acp* nel 2019.

Verranno ammesse al Concorso le prime 50 fotografie che arriveranno entro i termini stabiliti.

La giuria avrà il compito di selezionare 25 fotografie tra cui le tre vincitrici e determina con il suo voto la terna dei vincitori.

Da quest'anno i partecipanti al Congresso avranno la possibilità di votare le 25 foto selezionate dalla giuria durante lo svolgimento del Congresso. Ci sarà quindi anche un "Premio speciale di Sala".

L'esito del Concorso verrà comunicato durante il Congresso.

Il pediatra di famiglia e la gestione condivisa tra ospedale e territorio del bambino emato-oncologico

Milena La Spina¹, Raffaella Colombatti², Piera Samperi¹, Andrea Di Cataldo¹, Laura Sainati², Giovanna Russo¹

¹ Ematologia e Oncologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Vittorio-Emanuele" di Catania, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Catania;

² Centro di Riferimento della Regione Veneto per la Diagnosi e Cura della Malattia Drepanocitica in Età Pediatrica, Clinica di Oncoematologia Pediatrica, Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Il bambino con patologia emato-oncologica e la sua famiglia devono affrontare un lungo percorso di cura, gravato da frequenti e, talvolta, lunghi ricoveri presso il Centro di Emato-oncologia Pediatrica. Il coinvolgimento del pediatra di famiglia nel programma di cura, con le conoscenze dei più comuni problemi ed effetti collaterali correlati alla malattia e al suo trattamento, consente di rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente e favorisce, quando possibile, la gestione di alcune complicanze al domicilio, riducendo il peso dei ricorrenti ricoveri e contribuendo al miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia. L'articolo affronta le più comuni complicanze, fornendo indicazioni e consigli pratici per la loro migliore gestione da parte del pediatra di famiglia.

Children with a hemato-oncological disease and their family must face a long course of treatment, burdened by frequent and sometimes long inpatient admissions to the Paediatric Hemato-oncology Center. The involvement of the family paediatrician in the care program, with the knowledge of the most common problems and side effects related to the disease and its treatment, can strengthen the patient-physician relationship and encourage, when possible, the management of certain complications at home, reducing the burden of recurrent hospitalizations and so contributing to the improvement of the quality of life. The article addresses the most common complications, providing indications and practical advices for their better management by the family paediatrician.

Introduzione

Il bambino con patologia emato-oncologica rappresenta una delle categorie di pazienti più difficile da gestire, poiché racchiude in sé la fragilità dell'età pediatrica e l'estrema complessità della malattia tumorale. I lunghi periodi di ospedalizzazione alterano l'integrità psico-fisica del bambino e di tutto il nucleo familiare, ma di contro il rientro a casa e la distanza del domicilio dal luogo di cure sono vissuti con ansia e insicurezza [1].

È proprio per questo che la stretta collaborazione tra pediatra oncologo e pediatra di famiglia e la conoscenza della gestione iniziale dei più comuni effetti collaterali del trattamento antineoplastico potrebbero favorire il rapporto di fiducia tra il curante e la famiglia, dando maggiore sicurezza e serenità durante il periodo di permanenza a casa.

L'adeguato controllo dei sintomi a casa e il reinserimento nella famiglia e nella sua socialità rappresentano per il bambino e per tutta la famiglia un traguardo partico-

larmente significativo e costantemente richiesto per una migliore qualità della vita durante il percorso più o meno lungo della patologia emato-oncologica.

È fondamentale sapere che gli effetti collaterali correlati ai chemioterapici sono comunque potenziali e la sensibilità ai diversi farmaci è individuale. A oggi siamo in possesso di un'adeguata terapia di supporto che garantisce un buon controllo degli effetti collaterali o addirittura la prevenzione di alcuni di essi.

La rete dell'AIEOP (Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica) ha reso possibile negli ultimi anni la diffusione di elevati standard di assistenza in tutto il territorio nazionale, promuovendo anche la diffusione di linee guida e raccomandazioni utili per numerose patologie emato-oncologiche [2-5], oltre all'implementazione di percorsi diagnostico, terapeutici per le urgenze nei suoi centri [6,7]. L'obiettivo del presente articolo è quello di affrontare la gestione domiciliare, inte-

sa come primo intervento agli eventuali effetti collaterali che si verificano durante il periodo di permanenza a casa del bambino con patologia neoplastica in corso di trattamento chemioterapico.

Febbre e infezioni

Il bambino con patologia onco-ematologica presenta una immunodepressione combinata, legata sia alla patologia di base che alla terapia in corso [8]. L'evento infettivo rappresenta una delle complicanze più temute e, durante i periodi di profonda neutropenia, un rischio per la vita stessa. Per tale motivo è fondamentale attuare tutte le misure preventive [9] e, qualora insorga la febbre, nella maggior parte dei casi unico segno di infezione in atto, la pronta gestione della febbre è da considerarsi fondamentale per l'obiettivo guarigione.

Prevenzione delle infezioni: il soggetto immunodepresso e i suoi caregiver, in particolare modo durante le fasi di neutropenia post-terapia, devono prioritariamente mantenere una corretta igiene personale, con particolare riferimento alla detersione frequente delle mani, considerate il principale veicolo di infezione. Le misure di isolamento prevedono di evitare luoghi affollati (centri commerciali, supermercati, cinema ecc.), di ridurre le visite, di mantenere gli ambienti domestici sempre puliti e areati [9]. Il nucleo familiare, per il benessere psicofisico del bambino, viene sempre tenuto unito; pertanto i fratelli non vanno mai allontanati, ma andrà monitorato il loro stato di salute, il rispetto del calendario vaccinale obbligatorio e facoltativo, al fine di evitare contagi infettivi inattesi (Tabella 1).

La frequentazione della scuola, favorita durante l'ospedalizzazione dalla presenza del servizio scuola in ospedale, è permessa solo ai bambini appartenenti alle fasce di rischio basso e previa rivalutazione del

caso nelle fasi di ripresa ematologica; il nido e la scuola materna sono sconsigliati, rappresentando una facile fonte di infezione. Per gli adolescenti, per i quali la scuola rappresenta spesso un ritorno alla normalità, vengono fatte maggiori eccezioni anche per le fasce di rischio medio e alto, sempre dopo attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio.

La profilassi antibiotica, argomento estremamente dibattuto e controverso, non è indicata in maniera generalizzata, sia per la non ancora provata efficacia che per il rischio consistente di selezionare ceppi batterici resistenti; fa eccezione la somministrazione di cotrimossazolo, un giorno a settimana, per la prevenzione della infezione da *Pneumocystis jiroveci*, agente eziolo-

logico di una gravissima polmonite interstiziale, tipica del soggetto immunodepresso [10].

Se, nonostante tutte le misure preventive adottate, insorge la febbre, essa va affrontata con tempestività: per un efficace approccio al bambino oncologico febbrile è prioritario inquadrare la fascia di rischio (Tabella 2), oggi alla base di tutti i nuovi protocolli di terapia [11]. Questa è correlata al valore dell'emocromo e al tempo intercorso dall'ultimo ciclo di terapia [12, 13] e permette di stabilire l'indicazione all'immediato ricovero per i bambini ad alto rischio infettivo, ovvero l'inizio della terapia antibiotica orale al domicilio con attento monitoraggio clinico nelle prime 24 ore e, in caso di peggioramento clinico/curva termica, la successiva indicazione al ricovero.

In caso di febbre, è sempre consigliato comunicare con il centro che ha in cura il bambino per una immediata identificazione del rischio; solo qualora si tratti di un basso rischio al primo episodio febbrile, il pediatra di famiglia, previa approfondita visita clinica che escluda localizzazioni d'organo/focolai infettivi, potrà prescrivere paracetamolo, preferibilmente per via rettale, che permette un assorbimento più immediato, se non vi sono controindicazioni (diarrea e/o limitazioni locali). In alternativa, per i bambini > 3 anni può essere usato l'ibuprofene; se la febbre è rapidamente responsiva all'antipiretico, i globuli bianchi sono superiori a 1000/mmc e la clinica non desta preoccupazioni, la terapia antibiotica orale può essere posticipata; diversamente è opportuno somministrare subito un farmaco ad ampio spettro, quale amoxicillina-ac. clavulanico, a meno di specifiche allergie o dati infettivologici pregressi che richiedano la scelta di una diversa classe di antimicrobico.

Pertanto, nei casi sopra descritti, soprattutto se mostrano un progressivo miglioramento della curva termica e dell'andamento clinico, l'ospedalizzazione potrà essere evitata, grazie all'attenta sorveglianza del pediatra di famiglia.

Nausea/vomito

Nausea e vomito sono maggiormente associati all'assunzione di alcuni chemioterapici, ma oggi, grazie alla disponibilità di numerose molecole antiemetiche molto efficaci, possono essere prevenuti o controllati con maggiore facilità.

Per gestire al meglio tali sintomi, in caso di dimissione precoce post-terapia, è importante ricordare che la nausea può insorgere in tempi diversi a seconda del tipo di farmaco chemioterapico, ma generalmente inizia dopo qualche ora dalla sommini-

TABELLA 1. Misure di prevenzione delle infezioni

<ul style="list-style-type: none"> > Igiene <ul style="list-style-type: none"> - Lavaggio delle mani di tutti i caregiver - Detersione accurata del bambino - Manutenzione del catetere venoso centrale secondo le raccomandazioni del Centro di Oncologia Pediatrica > Isolamento <ul style="list-style-type: none"> - Restrizione della frequenza di luoghi affollati - Restrizione della frequenza scolastica nei periodi a rischio (v. testo) > Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> - Campagna vaccinale opportunamente programmata per i caregiver e, soprattutto, per i fratelli > Alimentazione <ul style="list-style-type: none"> - Restrizione del consumo di carni e verdure crude - Particolare attenzione alle misure igienico-alimentari > Terapia antibiotica <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimossazolo per la prevenzione della polmonite da <i>Pneumocystis jiroveci</i> - Eventuale terapia con antibiotico ad ampio spettro e/o con antifungino e/o antivirale, secondo specifiche prescrizione del Centro di Oncologia Pediatrica. L'uso generalizzato di profilassi antibiotica non è appropriato
--

TABELLA 2. Stratificazione del rischio infettivo (ATTENZIONE: i soggetti IR, per motivi clinici o in fasi specifiche del trattamento, devono essere considerati HR)

SR - RISCHIO STANDARD	IR - RISCHIO INTERMEDIO	HR - ALTO RISCHIO
Leucemia linfoblastica acuta a rischio standard Linfoma linfoblastico T		Leucemia linfoblastica acuta se presente una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> > alto rischio in relazione a presenza di specifiche traslocazioni > alto rischio per insoddisfacente risposta al trattamento > età < 1 anno > paziente con sindrome di Down Leucemia mieloide acuta Leucemie in recidiva
Linfoma di Hodgkin	Linfomi B post-blocchi	
Neoplasie solide	Neuroblastoma ad alto rischio per stadiazione	
	Tutti i pazienti in trattamento con desametasone, indipendentemente dal tipo di neoplasia	
	Tutti i pazienti in neutropenia prolungata (PMN < 500/mmc per almeno 10 giorni), indipendentemente dal tipo di neoplasia Qualunque soggetto SR con prolungata neutropenia	Tutti i pazienti con un pregresso episodio infettivo grave e/o con documentata positività per germi "resistenti"
	Trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche	Trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche

strazione e, in casi sporadici, può protrarsi per diverso tempo.

Alcuni chemioterapici hanno un maggior potere emetizzante rispetto ad altri (per esempio il cisplatino) e più frequentemente sono i giovani adolescenti, rispetto alle fasce di età minore, a risentire di tale effetto collaterale.

Il vomito può essere acuto, la forma più comune, con esordio entro le 24 ore dall'inizio della chemioterapia, che risponde bene alle terapie antiemetiche; ritardato, con esordio dopo 24-48 ore dall'inizio della chemioterapia, può durare fino a 4-5 giorni ed è più resistente alla terapia; anticipatorio: c'è una forte componente psicologica ed è difficile da trattare (farmaci ansiolitici; interventi cognitivo-comportamentali), generalmente precede il secondo o i successivi cicli di chemioterapia, specie se il paziente ha sperimentato il sintomo durante il ciclo iniziale. La terapia antiemetica a domicilio può avvalersi dei farmaci antiemetici riportati nella **Tabella 3** [14,15]. La metoclopramide, di maggiore uso nel soggetto adulto, non viene di regola utilizzata in età pediatrica, per la possibilità di generare sintomi extrapiramidali (discinesie).

Oltre alla terapia farmacologica, alcuni consigli pratici possono giovare: consumare piccoli pasti e spuntini più volte al giorno e masticare bene prima di deglutire, mangiare cibi secchi (es. toast o cracker), bere molto lentamente e a piccoli sorsi; evitare di preparare pietanze con odori particolarmente intensi.

Mucosite

La mucosite orale o stomatite è una complicanza comune e debilitante della chemio-radioterapia che compromette la qualità della vita; si riscontra nel 40% dei pazienti trattati per tumore solido, nell'80% dei pazienti trattati con radioterapia della

regione cervicale; nel 70-80% dei pazienti sottoposti ad alte dosi di chemioterapia. Insorge entro 5-7 giorni dall'esposizione ai farmaci/radiazioni e ha una durata variabile di 7-14 giorni.

Tra i fattori favorevoli: cattiva igiene del cavo orale, trattamenti steroidei protratti.

Segni e sintomi della mucosite sono:

- alterazioni del gusto (disgeusia) e difficoltà alla deglutizione (disfagia);
- raucedine o riduzione del tono di voce (disfonia);
- dolore alla deglutizione (odinofagia);
- alterazione della mucosa (per esempio eritema, lesioni, ulcere) (**Tabella 4**);
- alterazione della secrezione di saliva per quantità e qualità (xerostomia);
- edema della mucosa e della lingua;
- ulcerazione della mucosa;
- eventuale pirosi gastrica, esofagite.

Pertanto al domicilio viene sempre consigliata una adeguata igiene orale con specifici collutori con potere disinfettante che contengano un antinfiammatorio (per esempio benzidamina) o un anestetico (per esempio lidocaina), spray orali a base di vitamina E, mentre in caso di dolore da moderato a grave occorre somministrare i farmaci per via sistemica.

I farmaci indicati nella gestione domiciliare della mucosite sono il paracetamolo, gli antinfiammatori non steroidei e, nei casi più gravi, gli oppioidi con le modalità definite per la gestione della terapia del dolore.

Recenti articoli segnalano l'efficacia della pasta di miele di manuka (*Leptospermum scoparium*), facile da applicare, che ha determinato una riduzione del dolore entro 3 giorni, riduzione delle ferite e del sanguinamento evidenti in tutti i casi trattati, entro 5 giorni [16].

Consigli pratici sull'alimentazione in presenza di mucosite: evitare cibi secchi, sala-

ti, acidi; evitare cibi caldi; privilegiare cibi freddi, morbidi, cremosi (ad es. yogurt, gelato, minestre tiepide ecc.).

Tossicità neurologica

La tossicità neurologica può manifestarsi a livello del sistema nervoso centrale (encefalopatia, alterazioni cerebellari, meningite ecc.), del sistema nervoso autonomo (ileo paralitico, ritenzione urinaria, ipotensione ortostatica) o del sistema nervoso periferico (parestesie alle mani o ai piedi, atassia, paralisi). La neurotossicità a livello centrale può essere causata dalla somministrazione di farmaci per via intratecale (metotrexato, citarabina) o per via sistemica (asparaginasi, ifosfamide, citarabina, metotrexato, fludarabina) [17]. Il farmaco maggiormente responsabile di tossicità neurologica a livello del sistema nervoso autonomo è la vincristina, farmaco fondamentale nella maggior parte dei protocolli pediatrici. La neuropatia è generalmente reversibile nel corso di alcuni mesi e in relazione alla sua entità andrà valutata la modulazione della dose successiva o l'omissione di una dose del farmaco responsabile.

Una possibile manifestazione della tossicità neurologica è il rallentamento della motilità intestinale che comporta stipsi e, nei casi più gravi, ileo paralitico. È pertanto indicato lo stretto monitoraggio della regolarità dell'alvo e il tempestivo trattamento della stipsi mediante uso di lassativi osmotici.

Dolore

Il dolore, oggi considerato il quinto parametro vitale, è un sintomo molto frequente che accompagna tutto il percorso diagnostico-terapeutico del bambino con patologia onco-ematologica e rappresenta una costante fonte di ansia e paura sia per il

TABELLA 3. Dosaggio dei farmaci antiemetici per la gestione di nausea/vomito

FARMACO	INDICAZIONE	RANGE DI PESO/ SUPERFICIE CORPOREA	DOSE	INTERVALLO MINIMO	VIA DI SOMMINISTRAZIONE
Ondansetron	Prima scelta	<15 kg 15-25 kg >25 kg	2 mg 4 mg 8 mg	6 ore	Orale
Granisetron			10-20 mcg/kg/dose	24 ore	Orale
Desametazone	In associazione a ondansetron, nei pazienti non responder a ondansetron e/o nei regimi fortemente emetizzanti	<0,6 m ² >0,6 m ²	2 mg/dose 4 mg/dose	6 ore	Orale
Aprepitant	>18 anni >12 anni in regime off label per i non responder ai farmaci precedenti		125 mg al giorno 1 80 mg ai giorni 2 e 3	24 ore	Orale

TABELLA 4. Definizione della gravità della mucosite orale

GRADING WHO	DESCRIZIONE (SEGNI E SINTOMI)
0	Nessun sintomo
1	Irritazione (lieve fastidio) +/- eritema, nessuna ulcerazione
2	Eritema, ulcere. Alimentazione solida possibile
3	Eritema, ulcere. Solo dieta liquida (alimentazione solida non possibile)
4	Mucosite estesa. Alimentazione non possibile

bambino che per i familiari. Proprio per questo motivo la sua corretta e tempestiva gestione è d'obbligo. Il dolore è parte integrante di tutto il percorso della malattia oncologica, è spesso sintomo decisivo per la definizione della diagnosi, per la valutazione dell'evoluzione della malattia e della risposta alle terapie specifiche; mina fortemente l'integrità fisica e psichica e, soprattutto, se non adeguatamente trattato, marca in modo indelebile il ricordo del ricovero, il vissuto della malattia e il rapporto con il medico.

Il sintomo dolore può accompagnare la fase diagnostica (compressione tumorale, espansione midollare, chirurgia minore per posizionamento catetere venoso centrale ecc.); il trattamento (mucosite, ulcere, neuropatia, graft versus host disease, dolore da farmaci ecc.); le procedure (prelievi venosi, aspirato midollare, biopsia ossea, puntura lombare ecc.), la fase terminale.

Grazie all'impegno e alla collaborazione di chirurghi e anestesisti e al sostegno di terapie mediche innovative, il dolore procedurale "indotto" è generalmente ben controllato: oggi il bambino può beneficiare di cateteri venosi centrali che limitano il ricorso al prelievo venoso, spesso difficile e doloroso; le procedure dolorose vengono effettuate in analgesia/sedazione. Ben diverso è il dolore che accompagna la malattia nelle sue fasi estreme, irreversibili, durante le quali il miglioramento della qualità della vita del bambino e dei familiari e il trattamento del dolore sono l'unico scopo terapeutico.

È ormai accertato che non è possibile trattare il dolore se non lo si misura, pertanto esso deve essere rilevato come gli altri parametri vitali. La difficoltà a quantificare il dolore, soprattutto in età pediatrica, è stata spesso causa di un trattamento inadeguato. Esistono diverse scale di valutazione, secondo l'età del bambino: le più diffuse sono la scala analogico-visiva basata su una numerazione da 1 a 10, la Wong-Baker o scala delle faccine e, per i più piccoli, la scala di eterovalutazione che considera pianto, postura (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&cid=2077).

Sono state sviluppate anche alcune applicazioni su smartphone per consentire una

agevole utilizzazione delle scale di misurazione.

È fondamentale che il medico individui la/le modalità più idonee di valutazione e determini oggettivamente il dolore, osservando, ascoltando, dialogando ed esaminando il malato. È altrettanto importante misurare il dolore durante il corso della terapia antidolorifica, per verificare l'efficacia del trattamento somministrato.

Il dolore è classificato secondo l'OMS in lieve e moderato-grave [18]; per ciascun livello d'intensità sono indicati farmaci adeguati per potenza analgesica (scala analgesica OMS a due gradini) secondo un principio di gradualità d'intervento. Il primo gradino è quello del dolore lieve e prevede l'uso di un farmaco analgesico non oppioide, paracetamolo o ibuprofene. Quest'ultimo, dotato di attività antiaggregante piastrinica, non è indicato nei pazienti piastrinopenici, in trattamento con corticosteroidi, a rischio di mucosite/gastrite. Il secondo gradino è quello del dolore moderato/severo nel quale gli oppioidi, con o senza associazione di paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), associati eventualmente ai farmaci adiuvanti, sono l'indicazione terapeutica (principio "secondo la scala"). Si ricorda che l'utilizzo del paracetamolo in associazione alla morfina permette di ridurre il fabbisogno dell'oppioide.

La scelta terapeutica (analgesici non oppioidi, oppioidi, adiuvanti e anestetici locali) deve sempre considerare e valutare sia la tipologia del dolore (nocicettivo, neuropatico, misto ecc.), che le condizioni cliniche (eventuali deficit di metabolizzazione e/o eliminazione), e la durata, per quanto prevedibile, della terapia e le capacità di adattamento del bambino e della famiglia alla proposta terapeutica.

La prescrizione deve essere eseguita alla dose corretta per l'età del paziente e per le condizioni cliniche, tenendo conto di eventuali insufficienze d'organo che possono modificare la farmacocinetica della molecola (principio "secondo l'individuo").

La via di somministrazione scelta deve essere la più semplice, più efficace e meno dolorosa (quasi sempre la via orale); per esempio la via intramuscolare deve esse-

re limitata ai casi in cui non vi siano altre possibilità (principio "secondo la via").

È molto importante somministrare gli analgesici a orario fisso, in modo da evitare l'insorgenza di "buchi" di dolore. L'intervallo fra le dosi dovrebbe essere determinato in accordo con l'intensità del dolore e la durata dell'effetto analgesico del farmaco utilizzato. La dose al bisogno deve essere prescritta solo dopo avere programmato un piano analgesico, nel caso in cui il bambino dovesse provare dolore durante la giornata nonostante la terapia a intervalli regolari (principio "secondo l'orologio"). L'efficacia terapeutica e gli eventuali effetti collaterali devono essere accuratamente monitorati e prontamente trattati. È necessario profilassare sempre l'insorgenza del dolore prevedibile.

Nei bambini al di sopra dei tre mesi di vita in grado di assumere farmaci oralmente, e per i quali è stato valutato un dolore lieve, i farmaci di scelta sono il paracetamolo e l'ibuprofene. Per i bambini al di sotto dei tre mesi di vita, l'unica opzione è rappresentata dal paracetamolo.

L'efficacia e la sicurezza degli altri FANS non sono state sufficientemente studiate in pediatria per raccomandarli come alternativa all'ibuprofene.

Se l'intensità del dolore associata a una patologia cronica grave è valutata da moderata a severa, è necessaria la somministrazione di un oppioide forte. La morfina è il farmaco di scelta del secondo gradino, sebbene altri oppioidi forti debbano essere considerati e resi disponibili per assicurare un'alternativa alla morfina in caso di effetti collaterali intollerabili.

La morfina è ancora poco utilizzata, soprattutto in ambito pediatrico: la tendenza a sottovalutare il dolore del bambino, la riluttanza a usare un farmaco così "potente", il timore degli effetti collaterali, la paura di creare dipendenza, gli adempimenti burocratici necessari alla sua prescrizione sono alcuni ostacoli all'uso del farmaco. Al contrario, la morfina è un farmaco molto maneggevole e può e deve essere usato anche nei bambini. Pertanto è anche una responsabilità del pediatra "sorvegliare" che il bambino con dolore riceva la terapia più adeguata e non venga sotto-trattato a causa di pregiudizi.

La decisione di prescrivere e somministrare, in prima battuta, analgesici oppioidi saltando il primo gradino, deve basarsi su un giudizio clinico dell'intensità del dolore nel bambino, su attente considerazioni sull'invalidità causata dal dolore, sulla causa dello stesso, sulla prognosi attesa e su altri aspetti.

La codeina è un oppioide "debole" ampiamente disponibile ed è stato preceden-

TABELLA 5. Dosaggio dei farmaci antidolorifici per la gestione del dolore a domicilio

FARMACO	RANGE DI ETÀ	DOSE	DOSAGGIO MASSIMO	INTERVALLO MINIMO	VIA DI SOMMINISTRAZIONE
Paracetamolo	0-1 anno	7,5 mg/kg/dose		6 ore	Orale, rettale
	>1 anno	15 mg/kg/dose		6 ore	
Ibuprofene	>3 mesi (>6 kg)	10 mg/kg/dose	40 mg/kg/die	6 ore	Orale, rettale
Paracetamolo-codeina	>12 anni	500 mg-30 mg/dose		8 ore	Orale
Morfina	1-2 anni	0,2-0,4 mg/kg/dose		4 ore	Orale
	2-12 anni	0,2-0,5 mg/kg/dose		4 ore	
Gabapentin (dolore neuropatico)	6-12 anni	10 mg/kg/die (dose iniziale) 30 mg/kg/die (dose efficace, da raggiungere in 3 gg)			Orale
	>12 anni	300 mg/die (dose iniziale) 300 mg x2 (secondo giorno) 300 mg x 3 (terzo giorno)			

temente raccomandato per controllare il dolore moderato. Presenta tuttavia noti problemi di sicurezza e inoltre la percentuale dei metabolizzatori scarsi può variare nei gruppi etnici dall'1% al 30%, con risultante inefficacia per un elevato numero di pazienti, inclusi i bambini. Al contrario, gli individui che metabolizzano la codeina in modo rapido ed estensivo sono a rischio di grave tossicità da oppioidi, data l'elevata e incontrollata conversione di codeina in morfina. Pertanto il suo utilizzo al di sotto dei 12 anni di età è sconsigliato. Sopra i 12 anni, invece, l'associazione codeina-paracetamolo rappresenta oggi un valido aiuto nel trattamento del dolore a domicilio.

Il trattamento del dolore neuropatico associa il gabapentin ai farmaci antidolorifici (paracetamolo/FANS/oppioidi, in relazione all'entità del dolore).

Una sintesi delle opzioni farmacologiche, con le relative indicazioni e modalità di somministrazione è riportata nella **Tabella 5**.

Conclusioni

La collaborazione coordinata tra il Centro di Emato-oncologia Pediatrica e il Pediatra di Famiglia consente di affrontare efficacemente molte complicanze durante il trattamento antineoplastico, almeno nella loro fase iniziale, riducendo quindi al minimo il disagio della ospedalizzazione.

✉ diberuss@unict.it

- Wiener L, Kazak AE, Noll RB, Patenaude AF, Kupst MJ. Standards for the Psychosocial Care of Children With Cancer and Their Families: An Introduction to the Special Issue. *Pediatr Blood Cancer* 2015;62:S419-S424.
- Ladogana S, Maruzzi M, Samperi P, et al. Diagnosis and management of newly diagnosed childhood autoimmune haemolytic anaemia. Recommendations from the red cell study group of the paediatric haemato-oncology Italian association. *Blood Transfus* 2017;15:259-67.
- Del Vecchio GC, De Santis A, Giordano P, et al. Management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura according to AIEOP consensus guidelines: Assessment of Italian experience. *Acta Haematol* 2008;119:1-7.
- Barone A, Lucarelli A, Onofrillo D, et al. Diagnosis and management of acquired aplastic anemia in childhood. Guidelines from the Marrow Failure Study Group of the Pediatric Haemato-Oncology Italian Association (AIEOP). *Blood Cells Mol Dis* 2015;55:40-7.
- Colombatti R, Perrotta S, Samperi P et al. Organizing national responses for rare blood disorders: The Italian experience with sickle cell disease in childhood. *Orphanet J Rare Dis* 2013;8:169-77.
- Po' C, Colombatti R, Cirigliano A, et al. The management of sickle cell pain in the emergency department: a priority for health systems. *Clin J Pain* 2013;29:60-3.
- Menzato F, Colombatti R, Sainati L. Gestione delle principali urgenze nella drepanocitosi in età pediatrica. *Quaderni acp* 2016;23:74-6.
- White L, Ybarra M. Neutropenic Fever. *Hematol Oncol Clin North Am* 2017;31:981-93.
- Lehrnbecher T, Aplenc R, Pereira FR, et al. Variations in non-pharmacological anti-infective measures in childhood leukemia-results of an international survey. *Haematologica* 2012;97:1548-52.
- Caselli D, Petris MG, Rondelli R, et al. Single-day trimethoprim/sulfamethoxazole prophylaxis for pneumocystis pneumonia in children with cancer. *J Pediatr* 2014;164:389-93.
- Lehrnbecher T, Robinson P, Fisher B, et al. Guideline for the management of fever and neutropenia in children with cancer and hematopoietic stem-cell transplantation recipients: 2017 update. *J Clin Oncol* 2017;35:2082-94.
- Livadiotti S, Milano GM, Serra A, et al. A survey on hematology-oncology pediatric AIEOP centers: Prophylaxis, empirical therapy and nursing prevention procedures of infectious complications. *Haematologica* 2012;97:147-50.
- Parodi E, Giraudo MT, Davitto M, et al. Reticulocyte parameters: markers of early response to oral treatment in children with severe iron-deficiency anemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2012;34:e249-52.
- Hesketh PJ, Kris MG, Basch E, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017;35:3240-61.
- Dupuis LL, Boodhan S, Holdsworth M, et al. Guideline for the prevention of acute nausea and vomiting due to antineoplastic medication in pediatric cancer patients. *Pediatr Blood Cancer* 2013;60:1073-82.
- Elsass FT. A Sweet Solution: The use of medical-grade honey on oral mucositis in the pediatric oncology patient. *Wounds* 2017;29:E115-E117.
- Di Cataldo A, Astuto M, Rizzo G, Bertuna G, Russo G, Incorpora G. Neurotoxicity during ifosfamide treatment in children. *Med Sci Monit* 2009;15:CS22-5.
- Bott R. WHO Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. *Igarss* 2014; 2014:1-5.

Rubrica a cura di Angelo Spataro



Neuropsichiatria infantile. Vere o false epidemie?

Intervista di Angelo Spataro* a Francesco Ciotti**

*Pediatria di famiglia, Responsabile del gruppo di lavoro ACP "salute mentale"

**Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Cesena

Oggi si parla molto di un aumento della prevalenza epidemiologica per molti disturbi del neuro-sviluppo e del comportamento. Alcuni Autori parlano però di "false epidemie", soprattutto dopo l'introduzione del DSM V che sembra avere apportato nuove diagnosi con l'ampliamento del confine tra normale e patologico...

Nel suo libro "Primo, non curare chi è normale" Allen Frances riscontra in alcuni nuovi criteri del DSM la ragione della diffusione di tre "false epidemie" in età evolutiva: 1) L'epidemia del *Disturbo bipolare*, assimilando i disturbi di comportamento e della condotta in età preadolescenziale e adolescenziale al *Disturbo bipolare* dell'adulto; 2) L'epidemia di *ADHD*, limitando la diagnosi alla presenza di sola inattenzione e di sola iperattività e in un solo contesto di vita; 3) L'epidemia di *Autismo*, con l'estensione della diagnosi di *Autismo di Asperger* o ad alto funzionamento ai minori con alcune caratteristiche temperamentali come la riservatezza sociale, lo scarso uso della comunicazione verbale, il forte interesse per alcune specifiche attività e/o routine quotidiane. Di fatto a livello internazionale all'interno dei Paesi occidentali per i disturbi psichici e comportamentali assistiamo a prevalenze molto variabili: basti pensare all'*ADHD* che va dal 10% in USA all'1% nella maggior parte d'Europa. Questo dipende dalla diversa organizzazione dei Servizi psicologici e neuropsichiatrici pubblici e privati, da una raccolta dati disomogenea, da sistemi classificatori e procedure diagnostiche eterogenee, non riproducibili e non standardizzate in maniera oggettiva per la maggior parte dei *Disturbi internalizzati* e *esternalizzati*. Per esempio la diagnosi dei *Disturbi esternalizzati* come *inattenzione* e *oppositivismo* è affidata a chi subisce il disturbo, ossia all'adulto e all'educatore e ai suoi limiti di tolleranza variabili da Paese a Paese e da persona a persona. Del tutto diverso è il caso delle diagnosi dei disturbi neuropsicologici come *Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA)* e *Ritardo mentale* che sono

affidate a test psicometrici standardizzati, come lo è il metro per la misurazione della statura, e che stabiliscono a -2 DS il cut-off per questi disturbi e che quindi hanno una epidemiologia attesa esattamente del 3% della popolazione.

In Italia disponiamo di una epidemiologia affidabile a livello nazionale? E per quali disturbi vi è un reale aumento?

L'epidemiologia dei disturbi psichici e comportamentali a livello nazionale presenta molti punti deboli che la rendono poco affidabile. Servizi neuropsichiatrici pubblici diversamente organizzati da regione a regione, sistemi classificatori usati non omogenei, afflusso di disturbi nel settore privato sconosciuti a ogni sistema di rilevazione. La Regione Emilia Romagna è una delle poche Regioni che da circa venti anni adotta in tutti i servizi di neuropsichiatria infantile pubblici regionali lo stesso sistema di raccolta dati basato sulla classificazione ICD10, con formazione periodica di tutti gli operatori della diagnostica. Tra le sue pubblicazioni una confronta l'evoluzione delle categorie diagnostiche dal 2010 al 2015 e la sua lettura ci presenta alcune sorprese. A un estremo ci sono i disturbi neuropsicologici: *DSA* e *Ritardo mentale*. Essi ci danno certezze che altri disturbi non ci danno. In primo luogo tutti arrivano al Servizio pubblico per disposizioni ministeriali legate alla certificazione del disturbo. Inoltre l'epidemiologia attesa è definita dagli strumenti standardizzati che individuano la -2 DS della popolazione. Nel periodo 2010-2015 entrambi hanno avuto un forte incremento: da 4.385 a 6.306 il *Ritardo mentale*, da 6.189 a 11.017 i *DSA*. Eppure, nonostante questo incremento, il dato finale è molto lontano dall'atteso. I *DSA* sono nel 2015 l'1,5% della popolazione, il *Ritardo mentale* non arriva all'1% della popolazione. Per i *DSA* ciò significa che in questi anni l'invio da scuola-famiglia-pediatria è migliorato e che l'accuratezza diagnostica è migliorata, ma non abbiamo ancora rag-

giunto il target atteso. Per il *Ritardo mentale*, sulla carta più grave ma del tutto sotto diagnosticato, vi deve essere evidentemente un *bias* di sistema, che potrebbe risalire al fatto che malattie genetiche, neurologiche e sensoriali con un basso QI vengono codificate per la malattia organica e non anche per il ritardo mentale coesistente. All'altro estremo ci sono i *Disturbi internalizzati*, *Ansia* e *Depressione*, che sulla carta dovrebbero essere i più frequenti. Però essi sono affidati alla percezione del minore di un malessere interno e definibili attraverso un questionario compilato dallo stesso minore; in secondo luogo la maggior parte di questi minori e delle loro famiglie si rivolge al privato, per la natura intima del disturbo e per la risposta psicoterapeutica ormai assente nei servizi pubblici. Così, nel periodo considerato, nella nostra regione i disturbi depressivi passano da 339 a 516, i disturbi d'ansia da 1.387 (1,8 per mille) a 2.105 (circa tre per mille). Valori irrisori.

Oltre a questi tuttavia, l'Autismo per la gravità e l'ADHD per il registro nazionale vigente dovrebbero arrivare tutti al Servizio Sanitario Pubblico. Qui ci sono dati di un aumento reale della prevalenza?

Per l'*ADHD* il registro riporta i dati nazionali. Questi dati sono disomogenei da zona a zona, ma quasi tutti al di sotto di quel 1 per cento atteso in ambito europeo. Nella Regione Emilia Romagna, nel periodo considerato passano da 1.323 (1,8 per mille) a 1.956 (2,6 per mille), in incremento ma con valori percentuali sempre molto bassi. Lo stesso accade per i dati regionali dell'*Autismo*, per cui nel periodo 2010-2015 si passa da 1.462 (circa il 2 per mille) a 2.447 (3,3 per mille, circa 1 ogni 300), con grandi differenze tra i distretti. Per esempio, nel territorio di Cesena (34.000 minori), sono passati nello stesso periodo dal 2 per mille al 4 per mille, mentre in un territorio limitrofo sono rimasti al 2 per mille. I due territori sono omogenei per popolazione. La sola differenza è che

nel periodo i pediatri di famiglia di Cesena si sono formati a eseguire la CHAT ai bilanci di salute dei 2 anni e nel territorio limitrofo no. Si tratta di quei bambini che a due anni non hanno né il gioco simbolico, né la comunicazione gestuale, né la interazione condivisa, caratteristiche che li distinguono nettamente dai bambini con disturbo del linguaggio.

Senza una epidemiologia affidabile, come è possibile conoscere gli effetti sulla popolazione infantile delle nostre prassi preventive sulla salute mentale come Nati per Leggere e Nati per la Musica?

A livello nazionale sarebbe finalmente tempo di un intervento riformatore profondo che imponga un sistema omogeneo di raccolta dati sia a livello pubblico sia a

livello privato (come quello per esempio in uso per la denuncia delle malattie infettive, che vale per ogni operatore sanitario pubblico e privato). Non semplice da pensare e da attuare, soprattutto considerando che fra qualche anno avere un pediatra o un neuropsichiatra infantile in un concorso pubblico sarà più complicato che trovare un ago in un pagliaio.



Quanto conflitto di interesse c'è tra i nostri colleghi oltreoceano? Il Sunshine Act, la legge voluta da Obama per rendere trasparenti i conflitti di interesse di tutti i medici USA è ormai attiva da qualche anno. Un'analisi riferita all'anno 2014 ha portato *alla luce del sole* i compensi o i pagamenti dell'industria del farmaco o dei dispositivi medici verso i pediatri USA: oltre 30 milioni di \$. La maggior parte dei pagamenti è stata ricevuta dai pediatri generalisti (71%). Il pagamento minimo è stato 1 \$ e quello massimo oltre 500mila \$, con una media di 133 \$ e la mediana (ossia il valore sotto il quale cadono la metà dei valori del campione) di 15 \$. La maggior parte del denaro speso dalle industrie è per il pagamento di relatori a eventi formativi (oltre 8 milioni \$) e per servizi *nonconsulting* (oltre 7 milioni \$), ossia servizi per i quali non è possibile indicare un preciso riscontro. Oltre 5 milioni \$ per contributi, onorari, regali e royalty e 5 milioni \$ per l'intrattenimento. Oltre ai pediatri generalisti, i più gettonati sono i cardiologi, gli endocrinologi, gli oncologi e gli pneumologi, ma i pagamenti più alti sono stati per gli specialisti dell'abuso infantile. Tutti i pediatri sono coinvolti in un conflitto di interesse? No, "solo" il 42% dei pediatri (n. 35.697) ha ricevuto somme di denaro o rimborsi dall'industria, la maggior parte dei quali riceve più pagamenti (media di 6.3). Confrontata con le altre 35 specialità, la pediatria è in fondo alla scala dei pagamenti dell'industria: i pediatri hanno meno attitudine ad accettare i favori dell'industria rispetto ai medici di medicina generale (55%) o i neurochirurghi (77%).

Karas DJ, Bandari J, Browning DN, Jacobs BL, Davies BJ. Payments to Pediatricians in the Sunshine Act. *Pediatrics* 2018 Jan, 141 (1 Meeting Abstract); DOI: 10.1542/peds.141.1_Meeting Abstract.2.

Karas DJ, Bandari J, Browning DN, Jacobs BL, Davies BJ. Payments to Pediatricians in the Sunshine Act. *Clin Pediatr (Phila)* 2017 Jul;56(8):723-728.

INDICE DELLE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 25(1) - 2018

Newsletter pediatrica

- n.1 Anemia da carenza di ferro: quale preparato funziona meglio? Un RCT in doppio cieco
- n.2 L'uso regolare di corticosteroidi per via inalatoria non aumenta il rischio di infezioni respiratorie nei bambini asmatici secondo una metanalisi
- n.3 Terza dose di vaccino MMR per controllare un focolaio epidemico di parotite: i dati di uno studio osservazionale americano
- n.4 Sostegno alla funzione genitoriale: i risultati di Incredible Years per bambini fino a 1 anno di età. Uno studio osservazionale
- n.5 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate, gennaio-febbraio 2018

Documenti

- d.1 Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Commento a cura di Marisa Calacoci e Simona La Placa
- d.2 La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni. Focus sul periodo della gravidanza e dei primi 3 anni di vita del bambino
Commento a cura di Luigi Greco
- d.3 LA SALUTE DEI BAMBINI IN ITALIA. DOVE VA LA PEDIATRIA? IL PUNTO DI VISTA E LE PROPOSTE DELL'ACP
Commento di Costantino Panza

Ambiente e salute

- A&S.1 Mangiare cibo sano può avere implicazioni anche sulla fertilità
- A&S.2 Inquinamento atmosferico in fase prenatale e predisposizione neonatale all'invecchiamento biologico

L'articolo del mese

- am.1 Adolescenti transgender e con non conformità di genere: una questione anche italiana?

Narrare l'immagine

- ni.1 Angelo Morbelli, due quadri di ragazze a letto, 1988 e 1997
Descrizione a cura di Cristina Casoli
Impressioni di Martina Fornaro e Alberto Ferrando

Le guerre, i bambini e le donne



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

I was 12 years old when we were displaced to Lebanon.

... I was sexually harassed by an older man.

When my parents found out about this, they forced me to get married.

Now, I have a child, and I am pregnant.

I am so unhappy.

(BMJ GLOB HEALTH 2018;3:E000509)

Raramente la storia dei conflitti armati è scritta dai bambini e dalle donne. Eppure, oggi forse più che in passato, le caratteristiche civili, etnico-religiose e politiche delle guerre di cui abbiamo notizia colpiscono le popolazioni piuttosto che i combattenti, le case e gli ospedali piuttosto che le installazioni militari, gli inermi ancor più degli armati. Comunità di milioni di persone vengono decimate, disperse, costrette a dislocarsi all'interno del proprio Paese o ad abbandonarlo definitivamente con migrazioni che si protraggono per mesi o anni per destinazioni talora ignote o temporanee. Si tratta spesso di popolazioni povere che abitano Paesi poveri, in condizioni economiche, igienico-sanitarie e nutrizionali già precarie e che subiscono un prevedibile tracollo al verificarsi e al protrarsi di un conflitto. Donne e bambini sono i più esposti alle conseguenze negative della guerra. Anche le strutture sanitarie che in condizioni normali riescono ad assicurare un sufficiente livello dei servizi sono rese inefficienti e talora fisicamente distrutte o private degli stessi operatori che si vedono costretti ad abbandonarle [1].

Nel corso del 2017 e nelle prime settimane del 2018, le riviste *BMJ* e *Lancet* che si occupano di *Global Health* hanno ripetutamente dedicato attenzione ai temi della salute materno-infantile nei contesti di guerra. Sono lavori di ricerca clinico-epidemiologica, revisioni sistematiche e commenti che hanno molteplici obiettivi, primo tra tutti quello di delineare un quadro più analitico delle condizioni sanitarie e quindi delle esigenze di donne e bambini sottoposti a eventi bellici; poi, la necessità di individuare le modalità di intervento più efficaci e di fornire indicazioni operative alle organizzazioni sanitarie nelle situazioni di emergenza o di criticità prolungata.

Nel 2016 l'Heidelberg Institute for International Conflict Research (HIIC) ha

censo in tutto il mondo 226 situazioni di conflitto violento con 18 scenari di guerra aperta e 20 di guerra a estensione più limitata [2]. C'è notizia di conflitti su larga scala in Nigeria, Sudan, Afghanistan, Siria, Iraq, Libia, Turchia, Yemen, Pakistan, Messico e Ucraina. Crisi armate di minore intensità si registrano nella Repubblica Centrafricana, Congo, Nigeria, Egitto, India, Myanmar, Filippine, Brasile, Colombia ed El Salvador. A giugno 2017, l'ONU era impegnato in 16 missioni di *peace keeping* in tutto il mondo [3]. Svartati sono gli aspetti critici della salute materno-infantile sui quali si sofferma la letteratura. Vediamone alcuni.

La violenza sulle donne

Le organizzazioni internazionali e le notizie che ci provengono dalle zone di guerra e dai punti di raccolta dei migranti confermano quotidianamente il rischio di tortura, abuso sessuale o induzione alla prostituzione al quale sono esposte le donne provenienti dall'Africa sub-sahariana [4]. La violenza avrà considerevoli e duraturi effetti negativi sulla loro salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva che dovranno essere affrontati in termini di salute pubblica nei Paesi di accoglienza. Le gravidanze conseguenti all'abuso e la richiesta di interruzione anche dopo il primo trimestre sono l'occasione per toccare con mano il fenomeno della violenza e, nello stesso tempo, rappresentano la punta emergente di un sommerso che il pudore e la vergogna spesso tengono celato. Il tema dell'aborto nei casi di violenza è stringente, impatta spesso con le strutture sanitarie di accoglienza, ovunque esse siano, ha implicazioni non soltanto etiche e legali, ma coinvolge concretamente la salute psicofisica delle donne e la loro esistenza futura [5].

Guerra e gravidanza

Il fisiologico progredire di una gravidanza, il suo esito, la salute della donna e la stessa sopravvivenza del neonato sono fortemente dipendenti dal livello di adeguatezza dei sistemi sanitari. Nei teatri di guerra l'assistenza alla gravidanza e il suo decorso possono venire seriamente compromessi. Il collasso delle strutture rende precario, quando non impossibile, il monitoraggio anche minimo e lo stress al quale sono sot-

toposte le gestanti – spesso in pericolo di vita per l'incalzare degli eventi bellici – ne mette a rischio la prosecuzione; la disponibilità di personale addestrato al parto è ridotta e l'emergenza diventa difficile da gestire [6]. Una recente revisione della letteratura che ha incluso oltre un milione di donne coinvolte in conflitti in Libia, Bosnia, Erzegovina, Israele, Palestina, Kosovo, Jugoslavia, Nepal, Somalia, Iraq, Kuwait e Afghanistan, segnala un evidente incremento del rischio di basso peso alla nascita e un apprezzabile aumento della frequenza di aborto, prematurità, morte alla nascita, rottura prematura delle membrane e malformazioni congenite [3].

In Siria, pur se non uniformemente su tutto il territorio, prima del conflitto il 96% delle donne poteva contare su un'adeguata assistenza al parto nell'ambito di un servizio sanitario prevalentemente pubblico in grado di erogare prestazioni di buon livello [7]. La devastazione delle strutture sanitarie e l'esodo degli operatori hanno finito con il compromettere l'accesso a qualsiasi forma di tutela della gravidanza, e gli stessi programmi vaccinali per l'infanzia sono stati intaccati. Un terzo delle strutture sanitarie di base e circa il 60% degli ospedali pubblici sono stati distrutti o resi inefficienti dalla carenza di personale. Si aggiunge a questo lo stato di povertà nel quale versano 8 milioni di Siriani (oltre la metà della popolazione), con 6,5 milioni costretti a dislocarsi all'interno del Paese, 2 milioni fuggiti in Egitto, Iraq, Libano e Giordania, 3 milioni in Turchia e 30.000 in Nord Africa (UNHCR, 2 gennaio 2018). Il 60% dei migranti all'interno della Siria e il 76% dei rifugiati nei Paesi confinanti sono donne e minori di 18 anni.

In una situazione demografica di questo tipo ottenere dati sanitari attendibili è estremamente difficile e anche distinguere quanto dell'incremento della mortalità di donne e bambini sia dovuta a eventi bellici diretti (*conflict-related casualties*) o al deterioramento della situazione sanitaria risulta quasi impossibile. Certo è che dall'inizio del conflitto siriano l'aspettativa di vita della popolazione è scesa da 75 a 55 anni e che nel 2016 circa il 25% dei civili morti in conflitto erano bambini (Figura 1) [8].

I matrimoni tra bambini

Sempre in Siria, i matrimoni in età inferiore a 18 anni interessavano il 13% delle donne nel 2006; dall'inizio della guerra a oggi questa percentuale si è quasi triplicata (35%) sotto la spinta della crescente e diffusa povertà e delle migrazioni forzate [9]. Il fenomeno dei matrimoni precoci è particolarmente radicato nell'Africa sub-sahariana e nel sud dell'Asia. Nelle intenzioni dei genitori, l'obiettivo è assicurare un futuro migliore alle figlie mettendole al riparo dall'indigenza più estrema e dal rischio di subire violenza, cosa che renderebbe poi difficile trovare un marito e costituirebbe mo-

tivo di disonore per l'intera famiglia. Nei fatti, i matrimoni in giovane età espongono le donne al rischio di abbandono, di maltrattamenti intrafamiliari, di gravidanze e parti complicati con più elevata mortalità neonatale, ne riducono l'accesso all'educazione limitandone le capacità di lavoro e di guadagno. Alcune ragazze sono state ripetutamente date in matrimonio per brevi periodi di tempo in cambio di denaro. Tra i profughi Siriani in Libano l'estrema povertà sembra essere la causa prevalente dei matrimoni tra minori e lo sradicamento dai luoghi di origine rende ancora più urgente la necessità di "affidare" l'adolescente a un

uomo che, nella migliore delle ipotesi, la sostenti e la protegga.

La malnutrizione

I conflitti hanno un impatto importante sulle capacità di produzione, distribuzione e acquisto del cibo da parte della popolazione. Economie già precarie, fortemente dipendenti dall'agricoltura, dalla pastorizia e dalle condizioni climatiche oltre che dalle risorse naturali, possono venire devastate dalle distruzioni, dalle dislocazioni di intere popolazioni o dall'occupazione militare dei territori. Il recente conflitto in Somalia ha incrementato del 70-80% il rischio di malnutrizione nei bambini di età inferiore a 5 anni così come un peggioramento dello stato nutrizionale è stato osservato nelle popolazioni coinvolte nei conflitti del Rwanda nel 1994 e in Etiopia alla fine degli anni '90 [10]. È difficile discriminare, tra i molti fattori coincidenti, quelli che di volta in volta sono maggiormente responsabili. Osservazioni condotte in Kenya nel 2014 e in Etiopia nel 2016 suggeriscono che le stagioni secche sono a maggior rischio per le popolazioni infantili e che i maschi sono in certa misura più esposti delle femmine. Secondo Médecins Sans Frontières, nei campi profughi in Iraq i lattanti di età inferiore a 6 mesi sarebbero particolarmente soggetti a malnutrizione per le difficoltà di molte donne nell'allattamento al seno [11]. In Nigeria, nelle aree appena liberate dal controllo di Boko Haram alla fine del 2016, alla malnutrizione e all'incremento della mortalità infantile si sono sovrapposte epidemie locali di poliomielite e di morbillo [12].

Nessuna ricerca o indagine epidemiologica potrà dare un quadro esatto di quali e quanti siano i danni, acuti e a lungo termine, inferti dagli eventi bellici all'infanzia. A rendere ancora più difficile l'assistenza in quei contesti contribuiscono le continue infrazioni alle convenzioni internazionali che tutelano le strutture sanitarie come luoghi neutrali e di soccorso senza discriminare. Gli attacchi, le distruzioni e le perdite umane tra gli operatori sanitari e i pazienti ricoverati sono continui e si ripetono senza distinzione in ogni teatro di guerra (Figura 2) [13,14]. Le organizzazioni umanitarie che operano all'interno dei conflitti segnalano reiteratamente la necessità di proteggere i luoghi di cura garantendone neutralità e integrità. Evidentemente senza successo.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

La bibliografia è consultabile online.

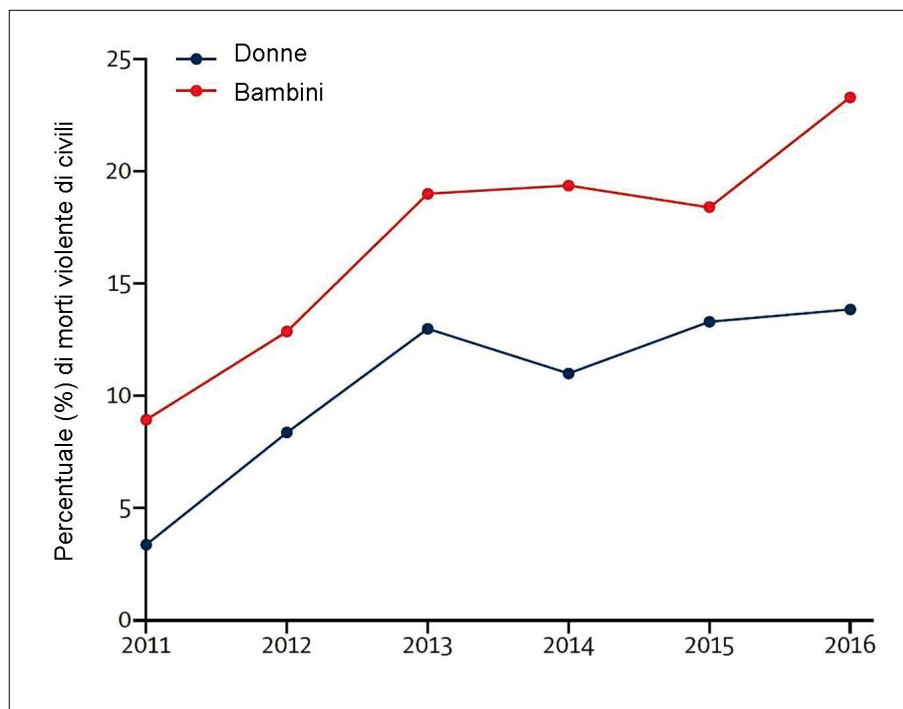


Figura 1. Percentuale di donne e bambini tra i civili morti per cause violente nella guerra in Siria negli anni 2011-2016 [8].

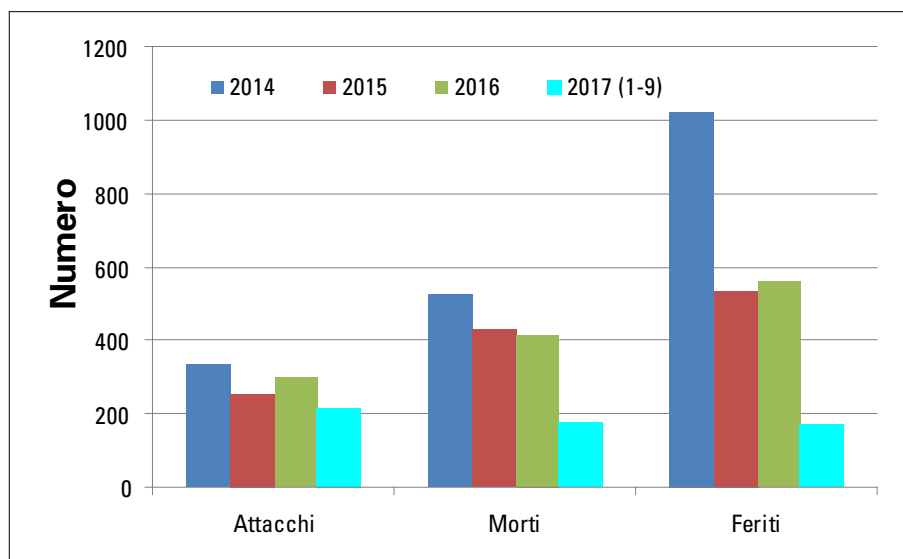


Figura 2. Numero di attacchi a strutture sanitarie con morti e feriti negli anni 2014-2017 (2017, primi 9 mesi) [14].

Giuseppe e il prurito



Andrea Diociaiuti

UOS Centro delle Dermatose Croniche Complesse e Genodermatose
UOC Dermatologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Giuseppe, 10 anni, presenta prurito da circa 3 settimane. La mamma lo porta per questo dal pediatra. In passato il bambino ha sofferto di dermatite atopica e presenta tuttora una cheratosi follicolare alle braccia e alle gambe. Il pediatra, vedendo le lesioni da grattamento, consiglia l'applicazione di una crema emolliente per dermatite atopica con effetto anche sul prurito. Dopo 1 settimana di trattamento la mamma telefona nuovamente al pediatra, perché la sintomatologia non si è affatto attenuata e anzi disturba il sonno del bambino. Il pediatra visita nuovamente Giuseppe e, notando la presenza di lesioni maculo-papulari alle mani e al tronco (Figure 1 e 2) e di numerose lesioni da grattamento, constata il fallimento della crema emolliente e suggerisce pertanto l'applicazione della solita crema cortisonica a media potenza, che in passato aveva risolto le riaccentuazioni della dermatite atopica di Giuseppe. Ma stavolta non è così: c'è solo un lieve miglioramento obiettivo delle lesioni, senza attenuazione del prurito. Inoltre le lesioni peggiorano nuovamente alla sospensione dello steroide topico. Il pediatra quindi prescrive Cetirizina per via orale e richiede una visita dermatologica.

**Quali ipotesi possibili sulla base della storia?
Come si valuta il sintomo prurito?**

Il prurito in un paziente con storia di atopica che presenta cheratosi follicolare de-

ve giustamente far pensare alla possibilità di una dermatite atopica. Non bisogna però dimenticare che, anche se la dermatite atopica rappresenta la diagnosi più frequente e quindi più probabile a priori, le cause di prurito possono essere numerose e talora di tipo internistico.

La prima cosa da valutare è se il sintomo è localizzato o generalizzato, perché in questo secondo caso è possibile che ci sia alla base una causa internistica. La seconda cosa da valutare è se il sintomo si accompagna a manifestazioni sulla cute o se è "sine materia". Infatti un prurito localizzato sine materia deve far propendere per una neurodermite e quindi presenza di fattori causali di ordine psicologico.

Quali ipotesi sulla base dell'esame obiettivo?

Nel nostro caso il prurito era generalizzato ma il paziente presentava lesioni cutanee. All'esame obiettivo dermatologico, infatti venivano evidenziate lesioni papulose, nodulari e lesioni da grattamento (Figure 1 e 2). A prima vista l'ipotesi più probabile sembrava essere quella di punture di insetto in atopico con conseguente prurito scatenato dalla sua iperreattività. Le lesioni però presentavano forma allungata e un'attenta osservazione delle mani permetteva di identificare una lesione papulosa lineare, suggestiva per un cunicolo. Veniva quindi sospettata una scabbia, ovvero un'acarasi umana.

Come confermare il sospetto diagnostico?

In questi casi il sospetto diagnostico può essere facilmente confermato con l'esame dermatoscopico, che permette di notare il caratteristico pattern del cunicolo. Ancora più eclatante l'osservazione con il capillaroscopia 100x, che può mettere in evidenza l'acaro nel cunicolo (Figura 3) e le uova dello stesso (Figura 4). In genere infatti in un'infestazione sono presenti pochi individui adulti attivi, per cui il classico metodo della scarificazione di un cunicolo può fornire molti falsi negativi, mentre l'osservazione di molti cunicoli con il dermatoscopia porterà più facilmente all'identificazione dell'acaro. La dermatoscopia è infatti entrata a far parte delle linee guida diagnostico-terapeutiche della scabbia [1].

Perché il fratellino e i genitori non avevano sintomi analoghi, data la contagiosità della malattia?

Gli altri componenti della famiglia non avevano ancora prurito, perché il ciclo riproduttivo dell'acaro è lento e la malattia ha una latenza di circa un mese.



Figura 1



Figura 2

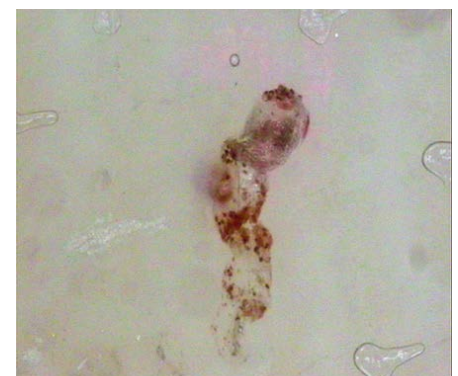


Figura 3

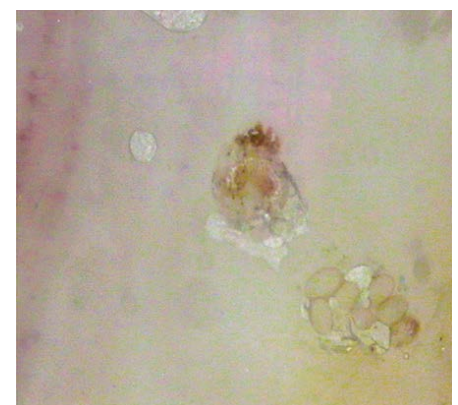


Figura 4

Che trattamento dobbiamo proporre?

In campo pediatrico in genere si preferisce utilizzare prodotti non tossici, come per esempio la pomata di Helmerich (Box 1). È importante applicare il prodotto dal mento in giù in ogni parte del corpo per 24 ore al giorno per 3 giorni consecutivi. Negli adulti invece si ricorre a Permetrina al 5% crema topica per almeno 8-12 ore.

Chi deve essere trattato?

Devono fare il trattamento tutti i componenti del nucleo familiare e tutte le persone che abitano sotto lo stesso tetto. Inoltre è molto importante che l'inizio del trattamento sia per tutti contemporaneo.

Quali precauzioni è necessario prendere a domicilio?

A casa è necessario mettere in atto una serie di accorgimenti per evitare che il pa-

ziente vada incontro a nuova infestazione per mezzo degli indumenti o degli effetti lettereci. È necessario chiudere tutti i vestiti utilizzati di recente in un sacco di plastica, da tenere chiuso per due settimane in modo da uccidere il parassita per mancanza di cibo (la cute). Inoltre è opportuno avvolgere il letto in un cellophane in modo da evitare la reinfestazione dal materasso, una volta terminati i 3 giorni di terapia. Infatti l'acaro può rimanere vitale negli indumenti o nel materasso anche per 2 settimane, prima di morire letteralmente di fame.

Il paziente può considerarsi guarito dopo il trattamento?

Prima di giudicarlo guarito è opportuna una rivalutazione clinica del paziente, per constatare l'attenuazione/scomparsa del prurito e il netto miglioramento delle lesioni cutanee.

BOX 1. Formulazione della pomata di Helmerich

Vaselina filante, Lanolina anidra, Zolfo precipitato, Potassio carbonato, Acqua altamente depurata. Il potassio carbonato svolge azione antipruriginosa, mentre lo zolfo alla concentrazione indicata esercita la sua azione antiparassitaria.

In caso di dubbio è necessario ripetere un ciclo di terapia, comprese tutte le norme igieniche suddette.

Si ricorda inoltre che la scabbia è una infestazione con obbligo di denuncia da parte del sanitario.

✉ andrea.diociaiuti@opbg.net

1. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies-short version. J Dtsch Dermatol Ges 2016;14(11)1155-67.



Tre valigie piene di libri

Non era la prima volta che mi recavo in Etiopia. Dei viaggi precedenti, avevo il ricordo di un'infanzia con grandi difficoltà, occhi bellissimi assediati dalle mosche, piccoli di non più di cinque anni che portano gli animali al pascolo all'alba, bambine con tuniche dell'acqua sulla schiena che sono più grandi di loro. Fare qualcosa per una realtà difficile come quella etiopica comprende sicuramente aiuti come il cibo e l'assistenza sanitaria, ma questa volta andavo con due amiche a portare libri e il mio timore era che i libri non fossero una priorità.

Mi sbagliavo: andare con due amiche a portare libri ai bambini del centro di accoglienza LUC (Cambiamo!) per i bambini di strada è stata un'esperienza straordinaria che ancora ci accompagna nel trascorrere dei giorni. Incontrare Aynalem, la direttrice, e la sua "famiglia", ci ha fatto sentire quanto amare i bambini significhi anche dare loro la magia dei libri, una magia che fa parte della assoluta necessità del gioco e del sogno perché i piccoli sentano di avere un futuro, un futuro amico.

Aynalem ha da subito dimostrato un'eccezionale sensibilità e attenzione: appena ha visto le nostre borse, ha ordinato una nuova scaffalatura. Il giorno successivo, ci ha fatto trovare la stanza in perfetto ordine così che noi potessimo sistemare i libri e spiegare a lei e ai suoi giovani collaboratori come usarli per stimolare curiosità, creatività, conoscenza. Tempo prezioso anche per noi...

L'accoglienza calda di Aynalem si è manifestata anche con l'invito a visitare la casa dei piccoli che ospita piccole pesti curiose, bambini vivaci, luminosi, tutti bellissimi e affettuosi con i quali ci siamo mescolate in modo immediato e coinvolgente. Quando Rita, una

delle amiche in viaggio con me, ha sceneggiato la lettura di un libro illustrato, i bimbi si sono come paralizzati dalla sorpresa: non esiste regalo migliore, ho pensato; un regalo che non richiede la conoscenza di una lingua comune, ma solo la volontà di mettersi in gioco e reciprocamente in ascolto. Il progetto di portare i libri è partito più di un anno fa con la richiesta a diversi editori italiani di libri senza parole o comunque di libri illustrati. Hanno risposto con grande generosità **CARTHUSIA, DONZELLI, FATATRAC, IL CASTORO, ORECCHIO ACERBO e ZOOLIBRI.**

Speriamo che le case editrici continuino ad aiutarci a riempire gli scaffali che Aynalem ha allestito nella stanza dell'orfanotrofo. Noi lavoreremo per continuare a portarle le nostre valigie piene di libri, perché condividiamo il progetto di restituire dignità e identità a questi bambini e ragazzi raccolti dalla strada.

Anna Grazia, Katia, Rita



Tags: bambini di strada, case editrici, Etiopia, libri, libri per immagini

Early Child Development (ECD) nell'ambulatorio del pediatra. Sorveglianza e promozione del neurosviluppo nei bilanci di salute in Umbria



Mariolina Frigeri*, Carla Berardi*, Gianni Di Stefano*, Stefano Francario*, Roberta Usella*, Giorgio Tamburlini**

*Pediatri di famiglia in Umbria, referenti per il Progetto regionale Salute Infanzia 2.0; **CSB Trieste

Nell'articolo viene illustrato il Progetto Salute Infanzia 2.0, inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della regione Umbria e operativo da febbraio 2017, che ha portato alla revisione dei bilanci di salute effettuati dai 115 pediatri di famiglia che operano in Umbria.

A revised schedule for well-child visits by family paediatricians was developed and implemented within the Project "Salute Infanzia 2.0", part of Umbria's regional health prevention plan 2014-2018. The impact of the new program on paediatricians' as well as on caregivers' practices will be evaluated through a before-and-after study.

Introduzione

In tutta la comunità scientifica esiste da tempo un ampio consenso sull'efficacia degli interventi che agiscono sullo "sviluppo precoce del bambino" (Early Child Development, ECD), già dal periodo pre e periconcezionale e per i primi anni di vita [1-3].

Tali interventi, che ruotano tutti intorno alla relazione con i genitori e con le altre figure di riferimento, contribuiscono a migliorare le capacità cognitive, emotive e relazionali e la stessa capacità di apprendimento [4], a favorire l'inclusione sociale e a ridurre le disuguaglianze, specialmente se rivolti ai gruppi sociali più svantaggiati [5,6].

I primi anni costituiscono quindi una finestra di opportunità che non avrà eguali, in termini di efficacia e durata dell'effetto nel corso successivo della vita, e che quindi non può andare perduta. A questo periodo critico, di grandi opportunità e al tempo stesso di particolari vulnerabilità, abbiamo perciò dedicato una speciale attenzione nei lavori di programmazione partecipata per la stesura del Progetto Salute Infanzia 2.0 inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della regione Umbria [7].

Alla luce delle evidenze riguardanti i concetti dell'ECD è risultato dunque fondamentale modificare l'approccio fino ad allora utilizzato con i bilanci di salute, implementando le competenze del pediatra relativamente alla sorveglianza del neuro-

sviluppo e alla capacità di sostenere i genitori nella promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino[8]. In sintesi, l'obiettivo che ci si è posti è stato quello di "utilizzare" la figura del pediatra di famiglia come strumento per valorizzare le risorse e le capacità dei genitori, facilitandone le decisioni intorno alla propria salute e a quella dei figli.

Per accompagnare questo cambiamento e per rendere omogeneo l'intervento in tutta la regione è stato messo in atto un lungo percorso formativo condotto dal CSB, Centro Salute Bambino onlus, convenzionato con la regione, rivolto a tutti i pediatri operanti in Umbria e alle altre figure che ruotano intorno alla famiglia (Coordinatori delle ostetriche, Coordinatori dei Servizi Educativi della Prima Infanzia, Personale dei Servizi di neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva, Assistenti sociali) e finalizzato ad accrescere le competenze e ad affinare la capacità di lettura delle situazioni nei diversi contesti familiari per promuovere il miglior sviluppo di tutti i bambini.

Obiettivi e contenuti del percorso formativo

Le principali caratteristiche del percorso formativo proposto dal CSB sono state: a) la continuità di interventi formativi volta a rinforzare i messaggi in fasi successive per un periodo complessivo di 12-15 mesi; b) una metodologia di insegnamento/

apprendimento interattiva e quindi per gruppi non superiori alle 35-40 persone; c) una combinazione di esperienze formative basate sia sulla dimensione cognitiva che su quella motivazionale; d) la presenza accanto ai pediatri di famiglia di altri operatori dei distretti e di operatori del settore socio-educativo, per sottolineare l'importanza e porre le basi conoscitive e di conoscenza reciproca tra operatori anche di servizi e settori diversi [9].

Gli obiettivi del percorso – articolato in 4 giorni suddivisi in due periodi di due giorni intervallati da due o tre settimane – sono elencati nel **Box 1**.

La formazione in presenza è stata completata da tre aggiornamenti commentati dalla letteratura concernente i contenuti della formazione, inviati a tutti i partecipanti nel corso dell'anno.

Valutazione

È stato predisposto un disegno di valutazione del progetto comprendente:

a) per i genitori, un confronto tra i dati di questionari raccolti con lo stesso metodo al tempo t0 e al tempo t2 da prevedersi a distanza di circa 18 mesi.

Il questionario indaga le pratiche delle famiglie riguardanti temi trattati nel corso (lettura condivisa, ascolto della musica, alimentazione complementare a richiesta, gioco...) e viene distribuito nel corso delle sedute vaccinali per MMR, quindi intorno al 12°-13° mese di vita del bambino;

b) per gli operatori, un confronto tra i dati di questionari raccolti con lo stesso metodo al tempo t0 e ai tempi t1 (immediatamente dopo la formazione) e t2 (a distanza).

Ridefinizione dei bilanci di salute

Al termine del percorso formativo sono stati quindi ridefiniti i bilanci di salute sia

BOX 1. Obiettivi del percorso formativo su ECD

Al termine del percorso ci si attende che i partecipanti:

- > Si familiarizzino con le nozioni essenziali riguardanti lo sviluppo precoce del cervello e le sue fasi sensibili, e con le diverse dimensioni dello sviluppo "tipico" del bambino (cognitiva, emotiva, socio-relazionale, sensoriale, motoria), nei primi tre anni.
- > Conoscano gli aspetti propri della genitorialità e quanto si sa sul loro impatto sullo sviluppo e la personalità del bambino.
- > Conoscano le implicazioni di interventi di prevenzione e promozione della salute relativi a situazioni quali: prematurità, adozione, migrazioni, maltrattamento, povertà e marginalità, lutti e separazioni.
- > Conoscano linee guida e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo 0-3 anni, e le problematiche relative alla sorveglianza di problemi di neurosviluppo quali ritardo di linguaggio, ADHD e ASD.
- > Conoscano le evidenze relative al razionale e ai benefici di interventi precoci (alimentazione responsiva, lettura, musica, massaggio, gioco, frequenza al nido, uso delle tecnologie digitali) nei primi anni.
- > Si familiarizzino con i principi del counselling per una comunicazione efficace.
- > Siano in grado di applicare quanto sopra nell'ambito della loro attività e, per quanto riguarda i Pdf, nell'ambito dei sei bilanci di salute previsti nei primi 3 anni.

BOX 2. Buone pratiche che favoriscono lo sviluppo del bambino

Nei diversi bilanci di salute ai genitori viene posta la domanda: "cosa ritenete utile per favorire lo sviluppo del vostro bambino?"

1° Bilancio di salute (15 giorni dall'iscrizione)

- > guardarlo e parlargli spesso
- > ricercare il contatto fisico (tenerlo in braccio oppure disteso a pancia in sotto sul vostro corpo, tenerlo nel marsupio/fascia, massaggiarlo)
- > cantargli

2° Bilancio di salute (3 mesi +/- 30 giorni)

- > favorire una "routine" quotidiana (pasti, passeggiata, riposini, gioco, bagnetto)
- > parlargli e cantargli
- > proporgli primi oggetti o giocattoli adatti ad afferrare, maneggiare e mettere in bocca
- > non guardare tv, smartphone o altri dispositivi elettronici

3° Bilancio di salute (6 mesi +/- 30 giorni)

- > attività svolte assieme (gioco, primi librini, passeggiata)
- > lasciarlo libero sul tappeto
- > non uso del box e/o del girello

4° Bilancio di salute (12 mesi +/- 60 giorni)

- > libertà di muoversi, giocare, scegliere... in un ambiente sicuro
- > prendere il bambino in braccio e leggere con lui
- > parlargli molto indicando sempre il nome degli oggetti e delle azioni
- > scegliere giocattoli semplici, anche oggetti di uso comune (per costruire e disfare, riempire, imitare azioni quotidiane) o oggetti per giocare in piedi (spingere, tirare, trasportare) evitando troppi oggetti/giocattoli insieme

5° Bilancio di salute (24 mesi +/- 90 giorni)

- > giocare a "fare finta di"
- > giocare su un tavolino basso (scarabocchiare, incollare, costruire)
- > leggere assieme libri e libri illustrati commentando le figure, ascoltare musica
- > parlargli molto indicando sempre il nome degli oggetti e delle azioni

6° Bilancio di salute (36 mesi +/- 90 giorni)

- > incoraggiarlo a fare da solo (vestirsi, lavarsi...) anche tollerando degli sbagli
- > non usare cellulare, tablet o altro dispositivo digitale per tenerlo buono

nei contenuti che nella tempistica secondo l'obiettivo indicato dal Progetto: favorire lo sviluppo del bambino, secondo l'ECD, sostenendo la genitorialità (supportando i genitori nella fiducia in loro stessi, nella conoscenza del bambino, nella capacità di cogliere le opportunità offerte dalla comunità).

In occasione dei singoli bilanci di salute vengono proposte ai genitori delle domande per "conoscere", prima di dare informazioni e secondo la sequenza consigliata

dall'OMS: *ask* (chiedi), *praise* (valorizza), *advice* (consiglia), *show* (mostra), cosa il genitore sa o fa o pensa di mettere in atto[10]. In particolare nei sei bilanci di salute, distribuiti nei primi tre anni di vita, le informazioni chieste ai genitori, e registrate nel sistema informatico regionale, riguardano le conoscenze rispetto alle azioni del programma "Genitori più" [11] e, in accordo con i concetti dell'ECD, le conoscenze rispetto agli interventi efficaci per promuovere lo sviluppo del proprio

bambino (Box 2) e le osservazioni riguardanti determinate fasi dello sviluppo del bambino, con particolare attenzione alla componente relazionale (Box 3).

Una volta condivise abitudini o conoscenze dei genitori da rafforzare o rispetto alle quali promuovere il cambiamento, vengono restituite, anche con il supporto di materiale cartaceo [12], informazioni precise, coerenti e ordinate rispetto a cosa sia possibile fare o non debba essere fatto in quella particolare fase evolutiva in relazione alle caratteristiche del bambino e a quelle del contesto familiare.

I bilanci di salute diventano così momenti particolarmente importanti in cui valutare sistematicamente lo sviluppo psicomotorio del bambino, privilegiando il riconoscimento della "normalità", condividendolo con i genitori e sostenendo così la fiducia dei genitori in loro stessi e nelle capacità del bambino. Diventano anche spazi di opportunità in cui restituire alla famiglia informazioni appropriate e proporre attività utili per la promozione dello sviluppo del proprio bambino.

Non diciamo più, al termine di una visita di un bambino sano: "Tutto bene, il bambino non ha niente!", ma parliamo delle capacità del bambino che sono emerse durante la visita, mettiamo in luce le sue competenze e quanto il genitore, maggior esperto del proprio figlio, già sa, diamo informazioni sugli interventi precoci che hanno ormai chiare prove di efficacia.

E nelle situazioni di disagio familiare o sociale diventa necessario mettersi in rete con le altre figure che affiancano la famiglia al fine di attivare interventi mirati (visite domiciliari, inserimento nei servizi educativi per la prima infanzia, sostegno sociale...).

Tutto ciò per garantire il diritto di tutti i bambini a un pieno sviluppo del proprio potenziale, come indicato dalla CRC (Convention on the Rights of Children), che riconosce come l'attuazione di questo diritto passi soprattutto attraverso il supporto che la società è capace di dare ai genitori, a tutti i genitori e in particolare a quelli che, per ragioni economiche, sociali o culturali, si trovano in una situazione di svantaggio o difficoltà.

Evoluzione del progetto

Il progetto, i cui punti di forza sono la precocità dell'intervento, l'universalità dello stesso e il coinvolgimento delle famiglie (tutti legati alla figura del pediatra di famiglia), dovrebbe fornire dati interessanti, via via registrati nel sistema informatico regionale, riguardanti i disturbi del neurosviluppo nelle età filtro indicate e la possibilità di incrementare nelle famiglie le

BOX 3. Item riguardanti in particolare la componente relazionale che vengono valutati e registrati nei bilanci di salute in età filtro

2° Bilancio di salute (3 mesi +/- 30 giorni)

- > sorride
- > segue con lo sguardo

4° Bilancio di salute (12 mesi +/- 60 giorni)

- > risponde al nome
- > indica
- > presta e richiama la vostra attenzione

5° Bilancio di salute (24 mesi +/- 90 giorni)

- > indicare un oggetto che desidera o che lo interessa
- > giocare a "fare finta", usando un oggetto al posto di un altro (ad es. un cubo come fosse una macchinina)
- > usare molte parole anche se non pronunciate perfettamente
- > formare frasi di 2 parole (ad es. "scotta pappa")

Si somministra la M-Chat (perché i genitori hanno espresso alcune preoccupazioni o perché si sono rilevati problemi nello sviluppo del linguaggio o della comunicazione) SI - NO

conoscenze e le buone pratiche efficaci ai fini della prevenzione e della promozione dello sviluppo. Potrebbe così rappresentare un modello da diffondere.

✉ frigerimaria@hotmail.com

1. Shonkoff J. The Science of Child Development. Center for the Developing Child, Harvard University, Mass. 2007.3. Barker DJ.

2. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011;378:1325-38.

3. Engle PL, Fernald LC, Alderman H, et al. Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378:1339-53.

4. Bann CM, Wallander JL, Do B, et al. Homebased early intervention and the influence

of family resources on cognitive development. *Pediatrics* 2016;137(4).

5. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;33:232-9.

6. Capra P, Dettoni L, Suglia A, et al. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. INMP- Regione Piemonte, Settembre 2016.

7. Progetto 3.4 Salute Infanzia 2.0 Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Regione Umbria; 113-117.

8. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. A cura del Gruppo di lavoro multidisciplinare ACP, AIFI, FIMP, IOP-TP, SIF, SINPIA, SIP, promosso da OMS, Ufficio Europeo e da EPA/UNEPSA. *Quaderni acp* 2012;19:169-76.

9. Tamburlini G, Alushaj A, Flaughnacco E, et al. Sviluppo precoce del bambino e pediatria dello sviluppo. Cosa sa e cosa dovrebbe sapere il pediatra. *Medico e Bambino* 2016;35:365-72.

10. Gangemi M, Elli P, Quadrino S (a cura di). Una Comunicazione Efficace. In: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Genitori più. Materiale per operatori, 2009.

11. www.genitoripiù.it

12. Alushaj A, Tamburlini G. Come possiamo nutrire la mente dei nostri bambini. Centro per la Salute del Bambino onlus, 2015.

Ricordo di Fernanda Di Tullio

Con Fernanda Di Tullio scompare una persona che, vivendo fino all'ultimo una vita fondamentalmente dedicata agli altri, è riuscita a integrare nella sua professione aspetti personali con le diverse complessità che la disciplina medica richiede.

Pediatra e neuropsichiatra infantile univa all'accuratezza e al rigore della sua pratica quotidiana una profonda umanità, qualità che le hanno consentito di percorrere i diversi sentieri della sua lunga esistenza con una naturale grazia e leggerezza e con l'arguzia e la genuinità delle sue origini molisane: è riuscita a raccogliere intorno a sé una folta schiera di persone coinvolgendole in azioni e progetti pregevoli per gli obiettivi fissati e per i risultati conseguiti.

Oltre all'attività svolta in reparto nella clinica pediatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, ha lavorato nel centro di "Igiene mentale" della clinica stessa; facendo suo il pensiero di Winnicot, ha messo sempre al centro della sua attività la relazione madre-bambino e la relazione ambiente familiare-bambino (Luigi Capotorti, AIRE).

Attenta ai bisogni dei bambini e delle persone svantaggiate ha lavorato come volontaria nella Caritas di Roma sia per i bambini figli di immigrati sia per i bambini Rom, che visitava nei campi, sia per le persone senza fissa dimora.

Dagli anni '50 fino al 2011 si è occupata della salute psicofisica di ragazze bisognose della casa famiglia "Domus Nostra" di Grottaferrata, mantenendo sempre una finestra aperta ai rapporti umani tra ospiti e ospitanti.

È stata una convinta assertrice delle responsabilità morali e civili del pediatra. Riportiamo il suo pensiero conclusivo della relazione "Futuro in gioco" riguardante i bambini più svantaggiati, presentata al convegno SIP (Roma 2014): "Quello che accade nel mondo del bambino riguarda la coscienza di tutti i pediatri, la loro competenza, la loro esperienza". Li richiama a battersi in difesa della salute fisica e psichica del bambino e del suo sviluppo.

Da sempre partecipe dello spirito dell'ACP ha promosso nel suo paese di origine, Forlì (Molise), il progetto "Nati per Leggere".

Sono esemplari le sue ultime esperienze nei paesi "in via di sviluppo": quella in Giamaica – in missione governativa per creare un dipartimento Materno-Infantile – e quella in Tanzania: in questo paese, presso una missione di suore, ha dedicato fino all'ultimo cure e risorse per i bambini e per tutta la comunità della missione fino ad arrivare ad attivare insieme con Slow Food un "Orto Comunitario" che supplisse in termini nutrizionali ed energetici alle gravi carenze alimentari della popolazione. Già molto tempo prima di lasciarci, nel 2004, Fernanda aveva costituito un gruppo di persone, il Gruppo di sostegno per Mkiwa, con l'obiettivo di provvedere all'erogazione di cure primarie e sanitarie per i bambini di Mkiwa e, soprattutto, di promuovere tra la popolazione locale la consapevolezza del valore della loro terra e della loro cultura.

Il Paziente Esperto: l'incentivo di essere genitore e caregiver

Stefano Mazzariol

Paziente Esperto EUPATI – Vice Presidente Parent Project Onlus

<https://www.eupati.eu/it/>

Da almeno un decennio il ruolo del paziente nel mondo sanitario sta subendo un'evoluzione come non aveva mai vissuto precedentemente, facendo emergere una serie di nuove figure caratterizzate da alcuni aggettivi che si accompagnano alla parola "patient", quale il patient "empowered", il patient "engaged", e "l'expert patient". Tuttavia, ragionando in maniera più estesa, tali terminologie sono correntemente riferite anche alla figura del caregiver di un soggetto minore o di un soggetto con limitazioni fisiche e/o cognitive di grado importante, con la conseguenza che la facoltà di raggiungere un certo grado di coinvolgimento in ambito sanitario non rimane limitata al solo soggetto ammalato di una qualche patologia. Ma quante di queste figure innovative hanno effettivamente raggiunto un profilo definito e una modalità di caratterizzazione individuabile in maniera univoca in ambito di ricerca e sanità?

Benché sia una discussione aperta da tempo, alcune di queste figure soffrono ancora di un profilo indefinito, ma tra queste negli ultimi anni la figura del paziente esperto ha raggiunto alcune peculiarità condivise riguardanti la sua formazione e la sua certificazione, questo probabilmente derivante dal fatto che potrebbe risultare in prospettiva la figura più utile alla comunità e ai vari stakeholder concorrenti nella ricerca in ambito sanitario.

D'altronde, mentre il paziente "engaged" e il paziente "empowered" sono in genere figure che assumono competenze ed esprimono opinioni nell'ambito di gestione della propria patologia, il paziente esperto è invece riconosciuto in maniera ormai ampiamente condivisa come una persona che, pur partendo da un'esperienza di malattia propria o di un proprio familiare, decide di affrontare un percorso di formazione intensiva e di livello tecnico importante indipendenti dalla specifica patologia, per poi mettere competenze ed esperienze a servizio della ricerca e della comunità. Il progetto europeo EUPATI (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation) nasce proprio con la finalità di formare e di certificare in maniera tracciabile e riconosciuta alcuni pazienti e caregiver

esperti in ambito di ricerca e sviluppo di farmaci e terapie innovative, in modo da poter essere validi interlocutori ed efficaci rappresentanti dei pazienti in tutti i tavoli e nelle varie fasi di sviluppo della ricerca clinica.

La mia personale esperienza come Paziente Esperto certificato da EUPATI ha seguito proprio un percorso simile a quanto descritto, il cui primo e terribile passaggio è stata la diagnosi di una malattia genetica rara per il nostro figlio primogenito, la distrofia muscolare di Duchenne (DMD). Eravamo all'inizio del 2013, e le prime settimane trascorse dopo la diagnosi sono state un misto tra sconforto e angoscia per il futuro, ai quali si è unita via via in maniera sempre più presente la voglia di conoscere il più possibile sulla patologia, sulla sua modalità di presa in carico e sullo stato della ricerca in quel momento. Un grande aiuto ci è arrivato dall'associazione di pazienti italiana di riferimento per la distrofia di Duchenne, Parent Project Onlus, grazie alla quale abbiamo potuto avere molte informazioni tecniche sulla malattia e sullo stato delle sperimentazioni che negli ultimi anni sono giunte a diversi trial clinici sui pazienti. Grazie a una preparazione universitaria in ambito chimico e (forse) a una predisposizione personale ai temi scientifici in generale, mi sono reso conto in pochi mesi di avere la possibilità di essere di aiuto alle altre persone che dividevano un po' il mio stesso sventurato percorso, e quindi appena ho avuto la possibilità di conoscere il progetto EUPATI, che di lì a poco avrebbe avviato il primo corso europeo per Pazienti Esperti in innovazione terapeutica, ho deciso di mettermi a disposizione della comunità e del mondo della ricerca medico-sanitaria a 360 gradi, presentando la mia candidatura e venendo selezionato per far parte dei primi 50 corsisti.

Il corso è durato 14 mesi, da ottobre 2014 a dicembre 2015, è stato svolto interamente in lingua inglese e modalità e-learning con l'aggiunta di due incontri face-to-face di 4 giorni a Barcellona per approfondimenti e simulazioni pratiche. È stato suddiviso in 6 moduli che partono da cosa sia

un farmaco e come avvenga una discovery, fino a tutta la parte pre-clinica, gli studi clinici, i percorsi regolatori e un modulo intero dedicato ai principi di HTA. Ciascun modulo prevedeva un esame finale che andava superato con un minimo stabilito di risposte esatte, altrimenti non era consentito l'accesso agli esami dei moduli successivi. Il materiale di studio è stato realizzato negli anni precedenti da un consorzio di tutti gli stakeholder coinvolti nel percorso di ricerca e sviluppo dei farmaci: associazioni di pazienti, accademia, industria ed enti regolatori, il tutto a garanzia di obiettività e di completezza degli argomenti trattati e del materiale didattico su cui effettuare la formazione. Le finalità del progetto EUPATI sono quelle di dare a pazienti e caregiver la preparazione utile a poter interagire a tutti i livelli della ricerca e degli aspetti regolatori, consentendo di acquisire una serie di competenze che possono essere certificate dal titolo ottenuto a fine corso, riconosciuto da una serie di istituzioni in ambito europeo.

In Italia il progetto è rappresentato e promosso dalla Accademia dei Pazienti Onlus, un organismo nato per fare formazione a tutti i livelli secondo la filosofia di EUPATI e per promuovere l'effettivo ingaggio dei pazienti esperti, cercando di definire regole e linee guida condivise.

Aver raggiunto la certificazione come Paziente Esperto mi ha dato gli strumenti per incrementare ancora di più il mio impegno all'interno dell'associazione di pazienti di cui faccio parte, fino al punto di ricevere l'incarico di vicepresidente della stessa e di referente per l'area scientifica nel consiglio direttivo. Ma contemporaneamente mi ha permesso di iniziare un nuovo percorso, molto più ampio rispetto all'impegno legato alla singola patologia di mio figlio, e già dai primi mesi dopo la fine del corso ho avuto la possibilità di mettere in pratica conoscenze ed esperienze in diverse occasioni e in ambiti di patologie molto differenti tra loro, malgrado io mi ritenga comunque ancora "fresco" nel mondo della ricerca medico-scientifica.

Giunto ora a un paio d'anni dalla fine del corso, sono davvero molto entusiasta di aver avuto la possibilità di partecipare at-

tivamente ad advisory board in ambito di sperimentazione clinica, ad alcuni investigators' meeting su trial in corso; inoltre sono stato invitato alla revisione di alcuni protocolli di sperimentazioni cliniche, di questionari sulla qualità di vita, e ad altre attività sempre comunque correlate alla ricerca clinica.

In tutte queste situazioni in cui mi sono trovato, ho spesso riflettuto su un aspetto importante: la mia rappresentanza in quelle attività era finalizzata a processi che avrebbero riguardato pazienti terzi, che magari non ho mai conosciuto né conoscerò, affetti dalle patologie più diversificate, croniche, rare o di altra natura, e per poter esprimere al meglio il mio operato come paziente esperto era assolutamente necessario uscire dalla visione soggettiva, per cercare di prendere le migliori decisioni in maniera "esterna", quasi come se io fossi in quel momento un "caregiver" dei pazienti destinatari dell'attività in corso, con la necessità di trovare il miglior equilibrio possibile tra la tutela degli individui e l'opportunità di avanzamento della ricerca in questione.

In questa particolare necessità, ho sentito come un forte fattore facilitante l'essere già partito come paziente esperto in qualità di caregiver, cioè in qualità di persona che in ambito sanitario deve valutare e prendere decisioni per il proprio figlio, con l'unico obiettivo di potergli riservare la migliore situazione possibile nel bi-

lancio tra il rischio e il beneficio. La distrofia di Duchenne è una patologia molto complessa, che coinvolge diversi ambiti nel percorso di presa in carico dei bambini e dei ragazzi affetti da questa patologia. Per esempio, noi genitori di bambini con DMD ci troviamo spesso davanti alla necessità di fare delle valutazioni sulla terapia corticosteroidea, sui benefici (indiscussi) che porta ai bambini dal punto di vista funzionale e sulle sue complicanze dovute agli effetti secondari (ben noti). Ma anche molti altri ambiti richiedono attente valutazioni nel corso della vita dei giovani pazienti con DMD, e non sono limitate ai soli farmaci. In più occasioni mi sono trovato a fare dei bilanci assieme ai clinici e agli operatori che hanno in carico mio figlio tra benefici e conseguenze di eventuali decisioni sulla terapia in corso o sulle altre modalità riabilitative o di presa in carico. Recentemente mi sono anche trovato davanti all'opportunità di far partecipare mio figlio allo screening per un trial clinico sulla sua patologia, e questo potrebbe capitare ancora in futuro, dato che (fortunatamente) per la distrofia di Duchenne il numero di sperimentazioni sui pazienti è in rapido aumento.

In tutte queste situazioni esiste un fattore chiave importante, che è la necessità di decidere non per sé, ma per un'altra persona (che tra l'altro fa parte di una popolazione speciale in ambito di ricerca clinica) che si vuole prima di tutto tutelare, ma allo stes-

so tempo alla quale si desidera dare il meglio per la gestione della sua patologia. Nel valutare ogni caso specifico ho sempre cercato di uscire dal normale coinvolgimento emotivo di un padre e di attenermi all'oggettività dei dati, al razionale scientifico, al rapporto tra rischi (o i disagi) ragionevolmente prevedibili e i possibili benefici, nonché alle linee guida e agli studi più recenti. Tutte caratteristiche che reputo fondamentali affinché un rappresentante dei pazienti possa essere efficace in tutti gli ambiti di ricerca.

In conclusione, in base alla (seppur ancora relativamente breve) esperienza che ho avuto fino ad oggi nello svolgere le attività come paziente esperto, ritengo che l'essere il papà di un bambino affetto da una patologia grave e complessa, e quindi tecnicamente il caregiver di un paziente facente parte di una "special population", sia stato per me un fattore di grande aiuto. Più in generale è stato un significativo valore aggiunto nello svolgimento del ruolo di rappresentante in vece di pazienti terzi, destinatari delle decisioni legate ai processi in cui ero coinvolto, nonché un fattore facilitante nel cercare di esulare dalle valutazioni soggettive e di attenermi a una maggiore scientificità nel fornire pareri in tutte le specifiche situazioni in cui è stata richiesta la mia attività come Paziente Esperto EUPATI.

✉ s.mazzariol@parentproject.org



Salute: Studio UE, meno abbienti invecchiano 7 anni prima

AGI - Roma, 27 marzo - Una ricerca su scala mondiale, che include paesi ad alto e a basso reddito

I ricercatori di Lifepath hanno analizzato i dati di 109.107 uomini e donne di età compresa fra i 45 e i 90 anni, provenienti da Europa (inclusa l'Italia), America Latina, Africa, Asia e Stati Uniti. Per valutare le condizioni fisiche dei partecipanti gli studiosi hanno usato la velocità di camminata, che è un buon indicatore delle probabilità di ricovero ospedaliero e di declino cognitivo. Per valutare le condizioni socioeconomiche hanno usato le informazioni raccolte sull'ultima attività lavorativa svolta al momento dell'ingresso nello studio. "Un altro risultato rilevante è stata la differenza fra paesi ad alto e a medio-basso reddito, con i primi che mostravano una perdita maggiore in termini di anni trascorsi in buone condizioni fisiche", dice Paolo Vineis, professore all'Imperial College London e coordinatore di Lifepath. "Ciò potrebbe essere dovuto a differenze regionali nella distribuzione sociale dei principali fattori di rischio, come la scarsa attività fisica, l'obesità e il diabete".

Un nuovo approccio alle politiche sanitarie: le attuali politiche sanitarie globali hanno come obiettivi una serie di fattori di rischio noti per la salute, come il fumo o la scarsa attività fisica. L'impatto negativo di questi elementi viene in genere valutato usando parametri come la mortalità, mentre indicatori più ampi di benessere come la funzionalità fisica hanno finora ricevuto meno attenzioni. "Non volevamo limitare la nostra analisi alla lunghezza della vita", dice Mika Kivimaki, professore all'University College London. "Valutando la qualità dell'invecchiamento e il benessere funzionale delle persone puntiamo a fornire basi scientifiche solide per politiche sanitarie più ampie, capaci di affrontare non solo i classici fattori di rischio ma anche le disuguaglianze di salute". Lifepath è un progetto fondato dall'Unione Europea, con lo scopo di fornire dati aggiornati, significativi e innovativi sulla relazione fra disuguaglianze sociali e disuguaglianze di salute. Dati sui quali potranno basarsi le future strategie politiche per il miglioramento del benessere della popolazione. Gli esperti di Lifepath hanno sviluppato un approccio di ricerca originale, che combina scienze sociali, biologia e analisi di *big data*, usando coorti di popolazioni già esistenti e innovative tecniche di analisi biologica.

Vaccinare tutti i bambini contro l'influenza?

Roberto Buzzetti*, Rosario Cavallo**

* Pediatra epidemiologo, Bergamo

** Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce), Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

L'inserimento dei bambini sani di età compresa tra 6 mesi e 5 o 14 anni nelle categorie da immunizzare prioritariamente contro l'influenza stagionale è un argomento oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale. Il CDC USA Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) [1] afferma che "Routine annual influenza vaccination is recommended for all persons aged ≥ 6 months who do not have contraindications".

La circolare ministeriale che regola ogni anno le raccomandazioni per il nostro Paese precisa invece che, pur essendo il vaccino indicato in tutte le persone che vogliono evitare l'influenza e che non hanno condizioni di rischio, la campagna di offerta attiva e gratuita è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe e a volte letali [2]. Di segno opposto le raccomandazioni del "Calendario per la vita" [3] che prevede una forte, motivata e consapevole raccomandazione all'estensione della vaccinazione antinfluenzale anche ai bambini sani dell'età pre-scolare..., superando le ataviche resistenze istituzionali verso tale estensione. Viene a tale fine enfatizzato il ruolo di "diffusore virale" del bambino e i rischi associati ai primi anni di vita. In mezzo, come al solito disorientati dalla diversità delle indicazioni, i pediatri e, ancora peggio, i genitori che continuano a chiedersi come fare a nutrire fiducia verso un sistema ai loro occhi molto incoerente. Tentiamo di orientarci con qualche considerazione di metodo perché ogni nuovo intervento preventivo "di massa" deve seguire delle regole ben precise. Per gli screening ci sono i criteri di Wilson-Jungner (pubblicati nel 1968, 50 anni fa!); per i vaccini possiamo elencare dei criteri ad hoc, secondo il buon senso, enunciati secondo criteri gerarchicamente progressivi: se il primo non è soddisfatto il discorso si chiude, altrimenti si passa al secondo, e così via (Box 1).

BOX 1. Serie di criteri per promuovere un vaccino (vedi testo)

PRIMO CRITERIO: la malattia per cui si propone il vaccino deve essere sufficientemente grave.
SECONDO CRITERIO: il vaccino deve essere efficace.
TERZO CRITERIO: il vaccino deve avere effetti avversi limitati per frequenza e gravità.
QUARTO CRITERIO: l'organizzazione deve essere in grado di reggere.
QUINTO CRITERIO: ci devono essere i soldi.

PRIMO CRITERIO: la malattia per cui si propone il vaccino deve essere sufficientemente grave

Per giudicare la gravità della influenza cerchiamo i numeri dalle fonti di letteratura scientifica, su più anni.

Il parere del CDC USA [1]

Il CDC riporta un paio di studi eseguiti in singole aree, secondo i quali cospicue proporzioni nell'aumento di visite (6-15% sotto 15 anni) e dell'uso di antibiotici (3-9%) sarebbero indotti dall'epidemia influenzale. Gli accessi al pronto soccorso per malattie respiratorie durante la stagione invernale erano 22,1 per 1.000 bambini di età compresa tra 6 e 23 mesi; 5,4 per 1.000 bambini di età compresa tra 5 e 7 anni.

Durante il periodo 1993-2008, i tassi annuali stimati di ospedalizzazioni associate all'influenza erano 151,0 per 100.000 tra i bambini di età inferiore a 1 anno e 38,8 per 100.000 tra i bambini di età compresa tra 1 e 4 anni, rispetto a 16,8 per 100.000 tra persone di età compresa tra 5 e 49 anni.

Naturalmente molta parte dei ricoveri si riferiva a una condizione ad alto rischio come l'asma, i disturbi neurologici, cardiovascolari, metabolici e soggetti in terapia con immunosoppressori.

Il numero assoluto di decessi pediatrici associati all'influenza varia da stagione a stagione, oscillando nel periodo considerato da un minimo di 37 a un massimo di 171 (caso a parte per la pandemia del 2009 quando i decessi sono stati 358). In quasi la metà dei casi questi decessi si sono presentati in bambini senza altri fattori di rischio, ma per riuscire a incidere sulla mortalità di questi ultimi, bisognerebbe ampliare enormemente la platea dei soggetti da vaccinare ogni anno e in ogni caso i risultati resterebbero parziali vista la bassa efficacia del vaccino.

La situazione italiana

La circolare che riporta le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione e il controllo dell'influenza per la stagione 2017-2018 [2] ricorda che i casi severi e le complicanze dell'influenza sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio (il 90% dei decessi riguarderebbe queste categorie). Alcuni studi hanno messo in evidenza un aumen-

tato rischio di malattia grave nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte, sebbene casi gravi si possano verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.

La sorveglianza effettuata nella stagione 2016-2017 [4] ha confermato, in 11 regioni, 230 casi gravi (età mediana 73 anni, range 0-94, il 95% aveva almeno 1 fattore di rischio), e 68 decessi (età mediana 76 anni, range 20-90, il 100% aveva almeno 1 fattore di rischio); purtroppo l'informazione sulla presenza di altri fattori di rischio non è fornita per classi di età.

Solo il 25% di queste persone era vaccinato.

Nella stagione 2017-18 il numero di casi gravi e confermati per influenza ricoverati in terapia intensiva sono stati da settembre a marzo 729, dei quali 153 deceduti (di cui solo 13 non presentavano fattori di rischio preesistenti) (5); 15 i casi gravi segnalati in donne gravide, con 2 decessi; 11 i bambini deceduti con meno di 14 anni di età. Questo conforterebbe l'idea di vaccinare solo i soggetti a rischio e non tutti indiscriminatamente, anche se dati di letteratura indicano che proprio questi soggetti spesso sfuggono alla vaccinazione (6)

Nello stesso periodo in Italia sono morte più di 200.000 persone e tra queste alcune migliaia di bambini, nella grande maggioranza dei casi in assenza di influenza; d'altra parte si stima che circa 6 milioni di persone hanno avuto l'influenza ma grazie al cielo sono ancora vive. La notizia delle "morti a causa dell'influenza" andrebbe inquadrata in questo contesto generale, e andrebbe spesa qualche parola in più su che cosa sia, quantitativamente, il "rischio legato all'influenza".

Per rispondere a quanti obietterebbero, molto opportunamente, che bisogna considerare anche il cosiddetto "eccesso di mortalità" che si osserva nei mesi di maggior incidenza epidemica, saranno necessari dati attendibili suddivisi per classe di età e per tipologia di vaccino utilizzato (dati che attualmente non abbiamo) sul rischio di morte in una finestra temporale idonea, con calcolo del rischio relativo e del rischio attribuibile legato all'influenza e alla mancata vaccinazione.

SECONDO CRITERIO: il vaccino deve essere efficace

Secondo le varie review l'efficacia nei bambini oscilla tra 20-30% e 60-70%, secondo i diversi lavori, le diverse stagioni, i diversi vaccini.

BOX 2. Risultati della revisione Cochrane (abstract)**VACCINI A VIRUS VIVI ATTENUATI**

Rispetto al placebo o al nulla, i vaccini influenzali vivi attenuati ridurrebbero il rischio di infezione da influenza nei bambini di età compresa tra 3 e 16 anni dal 18% al 4% (rischio relativo (RR) 0,22; IC 95% 0,11-0,41; 7718 bambini, moderate-certainty evidence) e possono ridurre le sindromi simil-influenzali dal 17% al 12% (RR 0,69; IC 95% 0,60-0,80; 124.606 bambini, low-certainty evidence).

Bisognerebbe vaccinare 7 bambini per prevenire un caso di influenza e 20 bambini per impedire una sindrome simil-influenzale. [Nota: in altri termini, su 100 bambini vaccinati, 14 eviterebbero l'influenza grazie alla vaccinazione, 82 sarebbero stati indenni anche non vaccinandosi e 4 prenderebbero la malattia anche se vaccinati].

Non sono disponibili dati sull'assenteismo scolastico e sulla riduzione del rischio di ricovero, mentre sono scarse le evidenze a favore di una riduzione della perdita delle ore di lavoro.

VACCINI INATTIVATI

Rispetto al placebo o all'assenza di vaccinazione, i vaccini inattivati riducono il rischio di influenza nei bambini da 2 a 16 anni dal 30% all'11% (RR 0,36; IC 95% 0,28-0,48, 1628 bambini, high-certainty evidence) e probabilmente il rischio di sindromi simil-influenzali dal 28% al 20% (RR 0,72; IC 95% 0,65-0,79, 19.044 bambini, moderate-certainty evidence).

5 bambini dovrebbero essere vaccinati per prevenire un caso di influenza e 12 per evitare un caso di sindrome simil-influenzale. [Nota: in altri termini, su 100 bambini vaccinati, 19 eviterebbero l'influenza grazie alla vaccinazione, 70 sarebbero stati indenni anche non vaccinandosi e 11 prenderebbero la malattia anche se vaccinati].

Non sono disponibili informazioni sufficienti per determinare l'effetto dei vaccini sull'assenteismo scolastico, sul tempo di lavoro perso dai genitori, su ospedalizzazione, febbre o nausea.

CONCLUSIONI DEGLI AUTORI

Nei bambini di età compresa tra 3 e 16 anni, i vaccini antinfluenzali a virus vivi riducono probabilmente l'influenza (moderate-certainty evidence) e possono ridurre le sindromi simil-influenzali (low-certainty evidence) in una singola stagione influenzale. In questa popolazione anche i vaccini inattivati riducono l'influenza (high-certainty evidence) e possono ridurre le sindromi simil-influenzali (low-certainty evidence). Per entrambi i tipi di vaccino, la riduzione assoluta dell'influenza e delle sindromi simil-influenzali varia considerevolmente tra le popolazioni studiate, rendendo difficile prevedere come questi risultati si traducano in contesti diversi. Sono stati trovati pochissimi studi randomizzati controllati in bambini sotto i due anni di età.

Il vaccino per la stagione 2017-18 sembra aver avuto una bassa efficacia vaccinale (7):

33% complessiva (IC 95% 17-46), con 57% per ceppo B (IC 95% 41-79); 50% per il ceppo A(H1) (IC 95% 8-74); 10% per il ceppo A(H3) (IC 95% meno 16-31).

Per una valutazione più ampia abbiamo consultato due fonti molto autorevoli:

- il già citato report CDC (1);
- una review Cochrane (8) aggiornata al luglio 2017 per quanto riguarda gli studi sperimentali (RCT), ma ferma alla precedente versione del 2011 per gli studi osservazionali.

Da alcune migliaia di possibili studi eleggibili, la Cochrane ne considera 75 (di cui 40 randomizzati).

Il report del CDC contiene invece soltanto 15 citazioni bibliografiche sull'efficacia e/o la sicurezza del vaccino antinfluenzale nei bambini. Di queste 8 sono contenute anche tra gli studi inclusi dalla revisione Cochrane, 5 sono tra gli studi esclusi da quest'ultima per motivi metodologici, e 2 invece non sono presenti nella citata review.

Per questo motivo ci sembra più ragionevole fidarci della revisione Cochrane, di cui riportiamo qui per esteso il riassunto letteralmente tradotto, per quanto riguarda l'efficacia (Box 2). Si ricorda che l'efficacia può essere

espressa come 1-RR (rischio relativo); pertanto in presenza, ad esempio, di un RR = 0,40, l'efficacia stimata è pari al 60%.

TERZO CRITERIO: il vaccino deve avere effetti avversi limitati per frequenza e gravità

Riportiamo anche qui il riassunto letteralmente tradotto della Revisione Cochrane, per gli aspetti legati alla safety.

Vaccini a virus vivi attenuati

I dati di quattro studi che misuravano la febbre dopo la vaccinazione variavano considerevolmente, dallo 0,16% al 15%, mentre nei gruppi placebo le proporzioni andavano dallo 0,71% al 22% (very low-certainty evidence).

Non sono riportati dati sulla nausea.

Vaccini inattivati

Una marca di vaccino pandemico monovalente è stata associata a un caso di improvvisa perdita di tono muscolare innescata da un'emozione intensa (cataplessia) e a un caso disturbo del sonno (narcolessia). Prove insufficienti su attacchi febbrili.

Conclusioni degli autori

I dati sugli eventi avversi non sono stati ben descritti negli studi disponibili. Sono neces-

sari approcci standardizzati alla definizione, all'accertamento e alla segnalazione di eventi avversi.

QUARTO CRITERIO: l'organizzazione deve essere in grado di reggere

Il vaccino va somministrato tutti gli anni e quindi bisogna prevedere 7-15 somministrazioni vaccinali in più per ogni bambino che andrebbero ad aggiungersi al carico di lavoro di ASL o PdF (dove previsto, con adeguato conteggio dei costi). Secondo alcuni, la colpa delle malattie che rinascono (vedi morbillo) non è della non obbligatorietà del vaccino, ma del fatto che in questi anni è stato smantellato il Servizio sanitario pubblico. I bambini più a rischio sono i più poveri e meno raggiungibili. La prevenzione è faticosa e impegnativa, non basta dire "facciamo", bisogna tradurre le intenzioni in progetti operativi, e qui cascano tanti asini...

Comunque, questo punto si può superare: basta (!) garantire un bel po' di risorse in più alla sanità pubblica (!).

QUINTO CRITERIO: ci devono essere i soldi

Per questo punto valgono esattamente le cose dette al quarto punto.

In conclusione, fermo restando che la vaccinazione è e resta un intervento sanitario personale anche se eseguito su una collettività e che ci sembra improbabile una massiccia risposta rispetto a raccomandazioni mirate all'obiettivo di bloccare il ruolo di *diffusore virale* piuttosto che di difesa dello specifico bambino, ci piacerebbe che la *definizione di un percorso di aggiornamento futuro del Calendario vaccinale...* fosse affidata in modo trasparente e coerente con le prove scientifiche a organismi istituzionali come il *National Immunization Technical Advisory Group (NITAG)*, come previsto dalla Circolare recante le prime indicazioni operative per l'attuazione del decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017 sull'obbligo vaccinale [9].

Le frequenti richieste di estensione della offerta attiva e gratuita, che hanno più volte incontrato la posizione contraria del Ministero sostenuta dai dati oggettivi forniti dalla letteratura scientifica e dalla sorveglianza epidemiologica, possono contribuire a rafforzare dubbi e sospetti nella popolazione, portando a un inevitabile disorientamento, nonché a ricadute negative sulla credibilità di tutto il Sistema: il rischio è dunque quello di rafforzare il già imponente fenomeno della *hesitancy vaccinale*. Sarebbe perciò auspicabile una maggiore discussione, oggettiva e serena, sul tema dell'efficacia, dell'incertezza, e una sana comunicazione nei confronti delle persone.

✉ roscavallo58@gmail.com

La bibliografia è consultabile online.

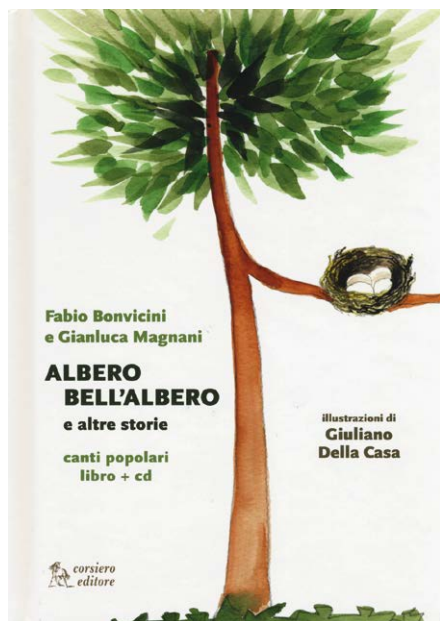
Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Albero bell'albero e altre storie

Canti popolari libro+cd
di Fabio Bonvicini e Gianluca Magnani
Illustrazioni di Giuliano Della Casa
Corsiero Editore, 2017, pp. 32, € 18



Imparare cantando

Infaticabile esploratore della vita musicale che accompagna la storia dell'uomo nella terra d'Emilia e non solo, Fabio Bonvicini ha raccolto in questo bellissimo scrigno di proposte, canti, filastrocche, danze che i bambini hanno utilizzato per generazioni nei campi, cortili, strade e in ogni angolo della casa. Si giocava a nascondino (chi ci gioca più?) facendo la conta con *cinquecento cavalieri con la testa insanguinata*, si camminava al ritmo di *Lariciumba Larilalero*, e si imparavano i giorni della settimana con *Lune la fune* insieme a la Rosina bella che *la vò al merca*. E così, giocando con il canto si imparava a contare insieme alle oche che *andavano a bere*, ci si impegnava a rispettare i turni, ci si esercitava a sincronizzarci con gli altri compagni di gioco, un momento fondamentale della nostra crescita morale come stanno indicando i più recenti studi scientifici sull'argomento. E cantando, l'ansia, compagna onnipresente anche nell'infanzia, rientra negli argini. Bravo Fabio e bravo Gianluca a cantare nella tradizione e recuperando quelle sonorità proposte per esempio dall'organetto diatonico o dalla ciaramella. Nove canti riproposti in un bel libro e

nel CD allegato da giocare o danzare in mille modi in famiglia, all'asilo nido o alla scuola d'infanzia, tra adulto e bambino, o tra bambini di tutte le età. Il libro è bello da sfogliare anche per gli eleganti acquarelli di Giuliano Della Casa che allietano ogni pagina.

Per me è stato un tuffo nel passato, ma questo libro è pensato per il futuro dei nostri bambini, un ottimo strumento per il loro sviluppo.

Costantino Panza

Libri per contare

I due libri che proponiamo sono stati scelti per la ricerca in corso presso la ASL Romagna per valutare se il contatto precoce con i numeri nel corso di normali giochi e conversazioni in casa ha un impatto positivo sullo sviluppo delle abilità numeriche precoci. Si presume che se i genitori si impegnano in attività molto semplici, come utilizzare numeri nelle conversazioni con i figli, coinvolgerli in semplici misurazioni di tempi e quantità, fare notare numeri presenti nell'ambiente, si incrementano in modo significativo le abilità numeriche dei figli. Esattamente come l'esposizione alle parole, la conversazione e la lettura in casa riescono a incidere sull'acquisizione delle competenze linguistiche, come abbiamo sperimentato nell'esperienza di *Nati per Leggere*. La ricerca in concreto si pone l'obiettivo di promuovere lo sviluppo delle abilità numeriche dei bambini in età prescolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e dei pediatri e di valutarle in prima elementare. A questo scopo i pediatri di famiglia forniranno ai genitori informazioni sull'importanza delle abilità numeriche in età prescolare, distribuiranno libri e altri materiali informativi con suggerimenti utili a incrementare in famiglia le attività fondate sui numeri e sulle quantità in genere.

Dove sono i miei puntini?

di Maria Loretta Giraldo e Nicolette Bertelle
Giunti 2008, pp. 30, € 5,90

Dove sono i miei puntini? è sicuramente il primo libro che può essere consigliato. Le quantità numeriche variano solo da 1 a 7. La protagonista è una coccinella. Un vento dispettoso si è portato via i sette punti-



ni neri del suo bel vestito rosso. E allora lei dovrà cercarli. Il bambino dovrà aiutarla. La coccinella guarda e conta cercando non solo i puntini ma proprio quel numero 7: "Saranno questi i miei sette puntini". Troverà un mondo vario e variopinto con pochi o molti punti neri. La prima volta 1 solo, poi 2, poi 3 come i bottoni del vestito di una bimba, poi troppi come gli occhi di 4 gatti o ancora troppi come i semi del cocomero. Stanca, si addormenta sotto i rami di un albero in cui sono impigliati dei puntini: proprio sette. Sono loro: basta contarli per convincersi. I disegni sono a piena pagina, molto semplici ma eleganti. Non viene introdotto nel testo il numero naturale, ma solo quello scritto in lettere. Forse una mancanza.



Filastrocche per contare

di Corinne Albaut

Motta junior, 2011, pp. 61, € 5,90

Filastrocche per contare è un libro in rima, quelli che piacciono ai bambini. Sono filastrocche in rima tradotte dal francese in un ottimo italiano per giocare coi numeri e intenderne il senso. Dallo zero “che non è niente e non vale un accidente”, ma sui treni fa nuvole a sua immagine, e poi il due come i piedi, le scarpe e le mani, e il dado che ha sei facce e un numero per ogni faccia e i sette giorni delle settimane fino ai cent’anni del sonno della Bella Addormentata e alle stelle dell’universo” che nel contarle mi sono perso. Nelle filastrocche si gioca con i numeri fino al gioco a nascondino finale in cui tutte le immagini di storie e numeri si sono rincantucciate nell’ultima pagina. Le immagini sono belle, e attraenti per un bambino di oltre 3 anni. Il numero naturale, compreso lo zero, introdotto dalle rime è ripreso graficamente alla base di ogni pagina.

Giancarlo Biasini

Il gene del diavolo

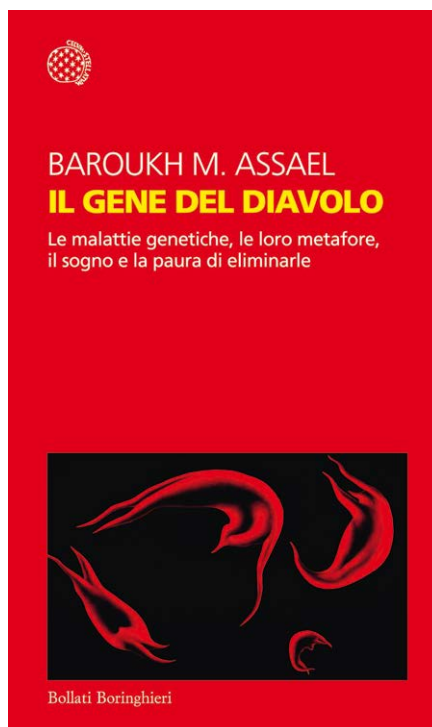
di Barouk M. Assael

Bollati Boringhieri 2016, pp. 186, € 15

Screening genetici: sì o no

Oggi c’è la possibilità di prevedere la trasmissione intrafamiliare di molte malattie genetiche. È bene farlo o non farlo? Le possibilità sono in teoria molte. Uno screening su tutta la popolazione per individuare i portatori di centinaia di malattie? Certo, questo non è ipotizzabile. Allora solo un interesse familiare a eliminarle dalla prole? Quello che meravaglia, secondo Benny Assael che i lettori di *Quaderni* ben conoscono, è che nessuna discussione si tiene su questo argomento mentre molto si discute di lotta alle malattie infettive.

È ovvio che le due entità sono molto diverse fino dall’agente e dalla sua sede: ester-



na quella infettiva, interna - “il gene del diavolo” - quella genetica. L’approccio genetico non “cura” una malattia ereditaria nel *propositus*, ma riduce la sua incidenza nelle generazioni successive. L’approccio infettivo riduce la possibilità di malattia nel singolo e nella popolazione. Secondo B. Assael sembra che vi sia reticenza ad affrontare questo problema con la dovuta fermezza sul piano delle scelte di politica sanitaria, ma anche su quello culturale. E che quindi tutto si traferisca alla scelta individuale, o di gruppi di cittadini. Perciò in ogni contesto ci saranno risposte diverse forse perché questo tema sconfinava nell’ambito della discussione sulla procreazione, che è profondamente influenzata da fattori culturali, filosofici e religiosi, in modo poco prevedibile. In Italia però a cominciare dagli anni ’50 su questo tema uno screening genetico di grande portata si è svolto e ha dato uno straordinario risultato: la talassemia è praticamente scompar-

sa. Non già - sia chiaro - per l’intervento dello Stato, ma per quello delle comunità locali, in genere guidate dai comuni o da gruppi di pressione. Diverso è il caso delle malattie infettive, dove sussiste un pericolo per la sanità pubblica, e quindi lo Stato non solo può, ma deve intervenire. Lo fa sin dai tempi della lebbra e del colera. Per le malattie genetiche non è pensabile di rendere obbligatorio un test quando non c’è un vero pericolo per la collettività, anche perché aleggia ancora nel mondo il timore anche solo di pronunciare la parola “eugenetica”. Gli esempi che B. Assael cita di malattie genetiche scomparse grazie a screening sono appunto la talassemia nelle aree ferraresi, nell’Agro Pontino e in Sardegna, e la malattia di Tay Sachs fra gli ebrei ashkenaziti. Queste malattie sono state avvertite dalle comunità interessate e sensibilizzate da gruppi di pressione come un pericolo per la vivibilità loro e dei loro discendenti. Un altro esempio è quello della drepanocitosi in USA, tipica della componente nera e assai più frequente della fibrosi cistica nella popolazione bianca. In questo caso la sensibilizzazione della comunità nera fu svolta dalle Pantere Nere che sostenevano che dovevano essere i neri a prendere in mano il proprio destino. Fondarono il Sickle Cell Anemia Research Foundation e da questa spinta nacque, nel 1972, il National Sickle Cell Anemia Control Act. Secondo B. Assael la direzione verso cui andare è semplicemente che la società deve cominciare a parlare di questi argomenti. L’obiettivo dovrebbe essere quello di debellare il maggior numero di malattie genetiche possibili. Informando la popolazione su quali possano essere le conseguenze, sia che decida di sottoporsi ai test rendendoli gratuiti sia che decida di non farlo. Certamente le cose andrebbero meglio di adesso che la politica dell’offerta genetica è lasciata al pullulare dei laboratori privati.

Giancarlo Biasini

Si svolgerà a Roma, dal 24 al 27 ottobre 2018, il **4° Congresso Internazionale sulle Cure Palliative Pediatriche (4th Global Gathering)** organizzato dalla Fondazione Maruzza Onlus.

L’incontro coinvolgerà i più grandi esperti mondiali in questo campo, con lo scopo di accrescere le competenze, creare momenti di confronto tra esperienze di diversi paesi, cercando di trovare nuove prospettive, modelli organizzativi e nuove sinergie con altri settori della Pediatria.

Le precedenti edizioni hanno visto la partecipazione di oltre 400 professionisti provenienti da 54 paesi e dai 5 continenti.

Per maggiori informazioni, conoscere il Programma e registrarsi, consultare:

www.childrenpalliativecarecongress.org/congress-2018/

La forma dell'acqua (e della luce)

Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

La forma dell'acqua

(The Shape of Water)

Regia: Guillermo del Toro

Con: Sally Hawkins, Richard Jenkins,
Michael Shannon, Michael Stuhlbarg,
Octavia Spencer, Doug Jones

USA, 2017

Durata: 123'



L'acqua, a sentire Guillermo del Toro, "prende la forma di tutto ciò che la contiene in quel momento e, anche se delicata, resta la forza più potente e malleabile dell'universo." La stessa cosa può dirsi della luce: a seconda di dove piove acquista forme diverse che diventano immagini. Un film prende la forma di ciò che gli si immerge dentro, si materializza e si fa narrazione. Tutto chiaro se in questo processo a catena non ci fosse il terzo decisivo passaggio: dallo schermo allo spettatore. È qui, in quel vasto contenitore che si chiama *fantasia*, che confluisce la grandinata di luci e immagi-

ni, suoni e colori che il cinema scarica su di noi. Una pioggia che può trasformarsi in benefica linfa di distensione condivisa e incanalata nella giusta direzione, oppure in tempesta di critiche, discussioni, pareri discordi.

Per esempio: che genere di film è il poliedrico *La forma dell'acqua*, "Leone d'oro" a Venezia 2107 e meritevole di ben 13 candidature agli Oscar 2018? Cavarsela con una sola risposta potrebbe voler dire presunzione e mancanza di rispetto per chi ha visto altro. Meglio indicare diverse strade, lasciando a chi legge la libertà di seguire quella che ritiene più convincente.

Una fiaba. Meglio: un misto di fiabe dove trovano posto una Cenerentola dei giorni nostri addetta alle pulizie che sogna di ballare con il suo principe azzurro, la Sirenetta e il principe a ruoli invertiti, la Bella e la Bestia. Con l'immane *vissero felici e contenti* in un regno senza soprusi e sofferenze.

Un mito. Attualizzato, ma sempre mito. La protagonista si chiama Elisa, ma è Euridice che, guarda caso, vive sopra il cinema Orpheum dove è in programmazione un film che incanta la creatura venuta dal mare.

Un omaggio al cinema. Con citazioni più o meno esplicite che vanno da *Il mostro della laguna nera* (1954) di Jack Arnold ai vari *King Kong* di Cooper e Schoedsack (1933), John Guillermin (1976) e Peter Jackson (2005); da *E.T. l'extra-terrestre* (1982) di Steven Spielberg a *Balla con me* (1940) di Norman Taurog; da *La storia di Ruth* (1960) di Henry Koster a *Il favoloso mondo di Amelie* (2001) di Jean-Pierre Jeunet.

Una parabola sulla tolleranza verso i diversi, siano essi mostruose creature prelevate nelle acque del Sud America, diversamente abili, omosessuali, vittime di odio razziale e di classe.

Un *fantasy* politico ambientato in un laboratorio scientifico di Baltimora negli an-

ni Sessanta, nel pieno della guerra fredda, quando USA e URSS, mirando a un primato nello spazio, cercavano risorse sulle quali compiere pericolosi esperimenti, infiltravano spie, uccidevano senza scrupoli. Con il rassicurante finale del trionfo dei buoni che solidarizzano tra di loro e sconfiggono i potenti.

Un *noir* che, sulla scia de *La spina del diavolo* (2001) e de *Il labirinto del fauno* (2006), completa la trilogia di film fantastici del regista messicano.

Una storia d'amore, infine. "Un amore – come ha pubblicamente dichiarato del Toro – che resta sempre se stesso dovunque sia rivolto: verso un uomo, una donna o una creatura. [...] Un amore messo a confronto con qualcosa di banale e malvagio come l'odio tra le nazioni. [...] Un amore incredibilmente potente da non richiedere parole." Da qui la scelta della lingua dei segni come mezzo di comunicazione che abbatte le barriere linguistiche.

Si è detto tutto? No di certo, perché non si è parlato della vicenda, non si sono espressi giudizi sulle interpretazioni degli attori (l'Elisa di Sally Hawkins, l'amico omosessuale di Richard Jenkins, il cattivo agente governativo di Michael Shannon, lo scienziato di Michael Stuhlbarg, l'amica afroamericana di Octavia Spencer e la mostruosa creatura di Doug Jones) e, soprattutto, perché non ci si è soffermati sulle 4 statuette (miglior film, regia, scenografia e colonna sonora) portate a casa. Non è stata distrazione, ma intenzionale silenzio perché si è del parere che non si può e non si deve scrivere tutto: certe immagini bisogna *formarle* e viverle in prima persona per apprezzarle del tutto. Ecco: ci risiamo. La forma dell'immagine come quella dell'acqua.

✉ italospada@alice.it

Lettere



Ancora a proposito di disuguaglianze ed esiti sanitari

Le disuguaglianze e i loro effetti sul benessere dell'infanzia sono un asse portante lungo il quale si sono sviluppate molte iniziative ACP. I dati disponibili sono impressionanti sia come quantità che come ampiezza e molteplicità dei determinanti coinvolti (*Quaderni acp* 2004;11:103 - 2016;23:211 - 2017;24:25). Come incidere su questi fenomeni così complessi e governati da dinamiche per noi non sempre chiare? Occorre forse partire dalle realtà locali, dai micro-dati che sappiamo meglio interpretare e dalle azioni che possono più probabilmente modificarli (*Quaderni acp* 2005;12:3 - 2007;14:56).

Prendiamo, per esempio, i bambini ricoverati in uno dei reparti di Pediatria (Forlì) del nostro Dipartimento (**Figura**). I dati grezzi ci dicono che la percentuale dei bambini stranieri (0-14 anni) ricoverati negli ultimi 10 anni si è mantenuta costantemente superiore alla percentuale di bambini stranieri presente sul territorio di afferenza. Complessivamente un bambino straniero ha il 24% di probabilità in più di essere ricoverato in degenza rispetto a un bambino italiano e addirittura il 45% (anni 2013-2016) di essere accolto in Osservazione Breve. E, a fronte di una percentuale infantile straniera che va progressivamente riducendosi (conseguenza di dinamiche demografiche in evoluzione), il rischio di essere ricoverati sembra accrescersi nel tempo (OR 1.17 nel 2007-2011; OR 1.32 nel 2012-2016). Eppure l'attenzione alle disuguaglianze

come determinanti nell'accesso alle cure ospedaliere non è mancata in questi anni, ma ha avuto forse minore efficacia sulla popolazione straniera rispetto a quella italiana o non è riuscita a compensare altre variabili di inequità sociale ed economica sovrappostesi nel tempo. Infatti, se il tasso grezzo di degenza in Pediatria (0-14 anni) era 30.6/1000 per i bambini stranieri e 23.9/1000 per quelli italiani nel periodo 2007-2011, negli anni 2012-2016 risulta rispettivamente 28.6/1000 e 21.7/1000; la riduzione si è verificata in misura diversa nei due gruppi e gli interventi di deospedalizzazione sembrano essere stati più efficaci nella popolazione italiana che in quella straniera, ampliando ulteriormente la forbice. L'analisi della nostra realtà è appena abbozzata e certamente influenzata da variabili oggettive e soggettive, ma sembra confortare un'impressione condivisa negli operatori e alcuni dati noti di letteratura. Nel 2018 ci ripromettiamo di tracciare un quadro più preciso e articolato, sempre in un territorio ristretto ma omogeneo (ambito di Forlì-Cesena), che ci consenta di immaginare possibili strumenti assistenziali o organizzativi di intervento.

Enrico Valletta, Antonella Brunelli
Dipartimento Trasversale Salute Donna,
Infanzia e Adolescenza di Forlì e Cesena
AUSL della Romagna

Trump e la salute degli americani

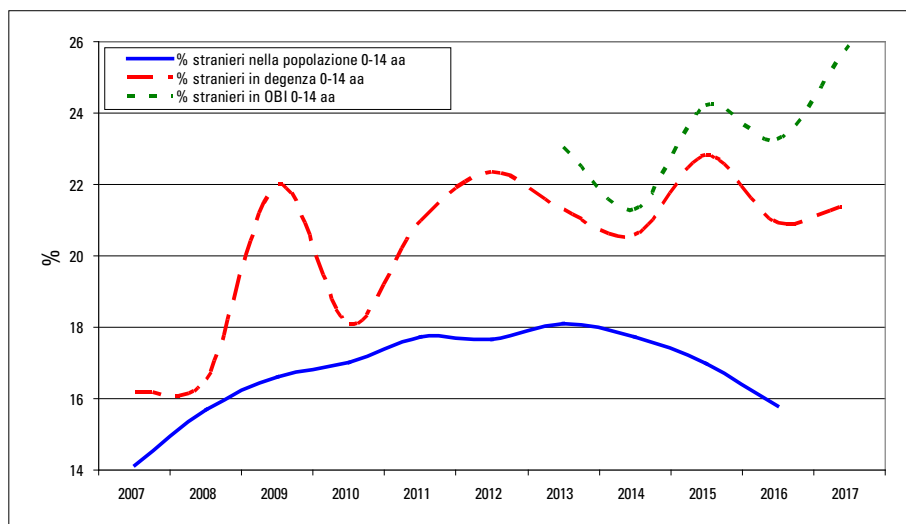
Caro direttore,
la querelle fra cardiologi e psichiatri americani sulla salute fisica e mentale del pre-

sidente Trump non ha interessato molto la stampa italiana. Io ci trovo invece qualche interesse. *Lancet* (2018;391:281) sotto il titolo "An unnecessary distraction" commenta un articolo del *New York Times* di Lawrence Altman sulla salute del presidente Trump. Altman ha sostenuto che le cartelle cliniche di ciascun presidente dovrebbero essere rese disponibili perché il pubblico ha il diritto di sapere se il suo presidente è idoneo a svolgere il ruolo. Così sono venuti in discussione i livelli di colesterolo, il punteggio di valutazione cognitiva di Montreal, l'indice di massa corporea, il calcio coronario (di cui ignoravo la possibile valutazione) e i farmaci che assume. Sul piano mentale si sono scontrate diverse valutazioni. Il *respected* Kerry Sulkowicz ha descritto nel presidente segni di diverse patologie mentali, mentre due dozzine di psichiatri hanno concluso per l'idoneità a svolgere le sue funzioni. Secondo *Lancet* tutto ciò potrebbe essere esattamente quello che il presidente cerca, cioè di mettere al centro dell'agenda politica americana non già i problemi della salute degli americani, ma quelli della sua. La comunità medica potrebbe aver inconsapevolmente colluso in questo risultato. Sempre *Lancet* sostiene che piuttosto di speculare su questi fini dettagli, indubbiamente interessanti, l'attenzione per i professionisti della salute nei riguardi di un uomo di stato dovrebbe essere centrata sulle conseguenze delle politiche del presidente in patria e all'estero. Discutere di una copertura sanitaria universale, di investimenti nella salute globale, affrontare la violenza armata nelle scuole, attuare una risposta di emergenza all'epidemia di oppiacei, concordare un accordo per proteggere gli arrivi di bambini immigrati. Sono queste solo alcune cose che il presidente Trump deve ancora affrontare. Sono questi i problemi per cui la comunità medica dovrebbe usare tutte le sue energie, per porle all'ordine del giorno e ritenerlo di ciò responsabile.

Giancarlo Biasini

Prescrizione appropriata degli antibiotici. Una modesta proposta

Nel recente articolo di Clavenna e Piovani su *Quaderni acp* [1] si sottolinea, partendo da esperienze lombarde, che percorsi educativi e formativi tra pari possono essere suscettibili di indurre comportamenti prescrittivi virtuosi e durevoli nel tempo. Contemporaneamente



neamente Di Mario e coll. [2] riportano in Emilia Romagna un calo di un terzo delle prescrizioni antibiotiche nel periodo 2008-2016, come attestato dal monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche. Questo è possibile perché, oltre al monitoraggio delle prescrizioni antibiotiche in DDD e più recentemente in numero di confezioni, la Regione offre un monitoraggio per campione delle resistenze agli antibiotici dei più comuni patogeni. In Emilia Romagna la grande variabilità prescrittiva (il 20% dei pediatri che prescrivono >1000 antibiotici/1000 bambini/anno coesistono con il 20% che prescrivono <600 antibiotici/1000 bambini/anno, e il rapporto tra prescrizioni dell'amoxi e amoxi+clavulanico va da sette a zero) è specchio del problema, ma indica allo stesso tempo la direzione del cambiamento possibile. Un altro spunto potrebbe essere il basso livello regionale di resistenza dello pneumococco alla penicillina: nel 2016 il 10% complessivo di resistenze elevate + intermedie che riferite all'amoxicillina sono ancora meno [3]. È giustificato il dosaggio elevato (75 mg/kg/die) mutuato dall'AAP come indicato dalla linea guida regionale dedicata all'OMA [4] o può bastare per l'otite (ma anche per la polmonite), in questo contesto a bassa resistenza, una dose di 50 mg/kg/die? Perché trattare tutti quando il rischio di una mancata risposta riguarda meno di un bambino su dieci? Una dose ridotta di amoxicillina è peraltro già riferenziata in altri contesti: 52,5 (45-60) in 3 somministrazioni in Canada [5], 30 mg in 3 somministrazioni in Olanda [6], 40 in 2-3 somministrazioni in Finlandia [7]. In caso di mancata risposta clinica, come previsto dalla linea guida regionale, dopo 48-72 h di terapia, è indicato il passaggio all'associazione amoxi+clavulanico 1 cc/kg/die (80 mg di amoxicillina+11,4 mg di clavulanato) in grado di avere ragione sia dello pneumococco a resistenza intermedia che degli emofili non tipizzabili quasi tutti produttori di betalattamasi. Se attualmente, alla luce della correlazione lineare tra consumo di antibiotico e resistenze, non va prolungato ingiustificatamente il ciclo d'antibiotico di un solo giorno [8], perché non prendere in considerazione una riduzione del 30% del dosaggio dello stesso?

Giuseppe Boschi

1. Clavenna A, Piovani D. Prescrizione appropriata degli antibiotici? Si può fare! *Quaderni acp* 2017;24:270-1.
2. Di Mario S, Gagliotti C, Buttazzi R, et al. Uso di antibiotici in pediatria. Buone notizie dall'Emilia-Romagna. *Medico e Bambino* 2017;36:578-83.
3. Gagliotti C, Buttazzi R, Moro ML, Di Mario S. Uso di antibiotici e resistenze antimicrobiche in età pediatrica. Rapporto Emilia-Romagna 2016. Bologna 2017; <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/antibiotici-pediatria-2016>.
4. Di Mario S, Gagliotti C, Moro ML, a nome del Gruppo "ProBA". Otite media acuta in età pediatrica. *Medico e Bambino* 2016;35:35-40.
5. Le Saux N, Robinson JL. Management of acute otitis media in children six months of age and older. *Paediatr Child Health* 2016;1:39-50.
6. Blijam J. NHG clinical practice guidelines. M09 Acute Otitis Media (AOM) M29 Feverish Illness in Children. Springer, 2011.
7. AAVV. Valikorvatedhus (lasten akilinen). Helsinki: Suomalainen Laakariseua, 2017; http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositus-set/suositus?id=hoi_31050.
8. Llywelyn MJ, et al. The Antibiotic course has had its day. *BMJ* 2017;358:j3418. doi:10.1136/bmj.j3418.

Caro Giuseppe, come sottolineei nella lettera, e come evidenziato anche nelle linee guida della Regione Emilia Romagna, mentre c'è un ampio consenso su quale sia l'antibiotico di prima scelta nel trattamento dell'otite media acuta, le linee guida internazionali differiscono rispetto alla posologia raccomandata.

Il dosaggio standard di amoxicillina (40-50 mg/kg/die in 3 somministrazioni) ha un suo razionale anche nella terapia dell'otite, e del resto, come sai, questa era la posologia raccomandata nella versione precedente delle linee guida regionali (quella del 2007) [1].

Nell'aggiornamento del 2015 i redattori, in accordo con il comitato tecnico scientifico, hanno preferito suggerire un approccio differente: 75 mg/kg/die in 3 somministrazioni, con la possibilità dopo 48 ore di passare a 90 mg/kg/die in 2 somministrazioni in caso di buona risposta clinica [2].

La scelta è stata motivata con il maggior tasso di eradicazione dello Streptococcus pneumoniae con il dosaggio elevato di amoxicillina e con la possibilità di favorire una mag-

giore compliance alla terapia con questo schema posologico [2].

In un contesto quale quello italiano, caratterizzato da un'iperprescrizione di antibiotici e in cui l'amoxicillina è scarsamente prescritta, la priorità dovrebbe essere indirizzata a un impiego maggiormente appropriato degli antibiotici in termini di indicazione e di principio attivo. Da questo punto di vista, la dose (se favorisce la prescrizione in modo appropriato dell'antibiotico di scelta) assume un'importanza meno rilevante.

Nella letteratura non ho trovato evidenze solide e concordi nel documentare un'associazione tra cicli con penicilline a dosaggio elevato e maggior rischio di resistenza batterica.

Una simulazione sulla base di modelli matematici ha, invece, ipotizzato che un alto tasso di prescrizione di antibiotici beta-lattamici a livello di popolazione con una bassa dose individuale comporti un maggior rischio di selezionare ceppi di pneumococco penicillino-resistenti che non alte dosi individuali in un contesto di bassa prevalenza di impiego [3].

Sarebbe importante avere un monitoraggio delle raccomandazioni contenute nelle linee guida in termini di riduzione della prescrizione di antibiotici di seconda scelta, di aderenza alla terapia, di fallimenti terapeutici e di impatto in termini di isolati di pneumococco resistente e/o con sensibilità intermedia.

Costituirebbe la valutazione di efficacia nella pratica clinica dell'approccio suggerito.

Antonio Clavenna

1. Di Mario S, Gagliotti C, Asciano M, Benaglia G, Boschi G, Dodi I, Gregori G, Tamburini P, Moro ML. Otite media acuta in età pediatrica. Linea Guida Regionale. Bologna, 2007.

2. Di Mario S, Gagliotti C, Moro ML. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale.

3. Opatowski L, Mandel J, Varon E, Boëlle PY, Temime L, Guillemot D. Antibiotic dose impact on resistance selection in the community: a mathematical model of beta-lactams and *Streptococcus pneumoniae* dynamics. *Antimicrob Agents Chemother* 2010;54:2330-7.

Vecchie malattie: quali novità?	Novità nella fibrosi cistica <i>Ciro D'Orazio</i> Come è cambiata l' oncologia: la personalizzazione delle cure <i>Giuseppe Basso</i> Asma grave: nuovi farmaci biologici <i>Giorgio Piacentini</i> I tropici in ambulatorio: la malaria in età pediatrica <i>Fabio Capello</i>
Meno bambini, meno pediatri, meno reparti	Fare il pediatra in ospedale, oggi <i>Enrico Valletta, Gianpaolo Chiaffoni</i>
Il bambino spettatore: una vittima nel buio	Donne e minori: vittime e spettatori della violenza domestica <i>Giuliana Covella</i> I bambini testimoni di violenza: come riconoscerli e come intervenire a loro tutela <i>Maria Grazia Apollonio</i>
Dall'aglio all'ambra	Salute e bugie, come si diffondono le bufale sulla salute <i>Salvo di Grazia</i> Dall'empirismo alla scienza: tra andata e ritorno <i>Antonio Guerci</i>
Ambiente e salute partner per la vita	30 anni di ricerche sugli effetti dell'inquinamento in Italia <i>Francesco Forastiere</i> Inquinamento e cambiamenti climatici, cosa possono fare i pediatri? <i>Giacomo Toffol</i>
Adolescenti... dal quartiere al mondo senza confini	# generazione X → Z <i>Franco Mazzini</i> Adolescenti: chi è cambiato in realtà? Nuove sfide generazionali <i>Elena Ravazzolo</i> Passaggio dal pediatra di famiglia al medico di medicina generale, presentazione della scheda <i>Vittorio Caimi</i>
Come è cambiata la professione: buone pratiche e prove di efficacia	Nuovi dialoghi con la pediatria di famiglia <i>Roberta Pozzan</i> Percorsi diagnostico terapeutici: la metodologia alla base del cambiamento <i>Mattia Doria</i> Dalla creazione dei percorsi diagnostico terapeutici alla loro messa in pratica <i>Margherita Andretta</i> Da Sackett alla disseminazione delle evidenze: il ruolo della newsletter pediatrica oggi e domani <i>Costantino Panza</i>
Ricerca e formazione	Documento Formazione ACP 2018 <i>Michele Gangemi, Laura Reali</i> I bambini dello studio ENBe vanno a scuola. Qual è la storia del (loro) wheezing? <i>Antonio Clavenna</i> Nati per contare: promuovere le abilità matematiche precoci attraverso i pediatri <i>Carlo Tomasetto</i>
L'angolo di Quaderni ACP	...a colpo d'occhio; occhio alla pelle... <i>Mario Cutrone, Laura Reali e Martina Fornaro</i>



Per informazioni e iscrizioni

www.acp.it

e-mail: congressi@quickline.it – acpnazionale@quickline.it - www.quickline.it

Editoriale

97 Un gruppo speciale e 25 anni di Quaderni acp

Michele Gangemi

98 Berry Brazelton

Gherardo Rapisardi

99 Wonca Italia-ACP: una collaborazione che parte da lontano e che potrebbe andar lontano

Patrizia Elli, Andrea Moser

100 Cambiamento climatico e salute in Italia... non è solo una questione di qualche grado in più

Giacomo Toffol, Laura Reali

101 Blister

*Enrico Valletta***Formazione a distanza**

102 Il sanguinamento gastro-intestinale

*Martina Fornaro, Enrico Valletta***Infogenitori**

108 La stipsi

*Stefania Manetti, Antonella Brunelli, Costantino Panza***Candidature**

109 Curricula dei candidati al Consiglio Direttivo Nazionale ACP e alla Presidenza Nazionale ACP

Ricerca

111 Preparare i bambini a svolgere la risonanza magnetica senza sedazione

*Michele Capurso, Corrado Rossetti, Luca Mutti, Aurora Vecchini, Anita Ciani***Reserch letter**

115 Il passaggio in cura dal Pediatra di famiglia al Medico di medicina generale: è possibile colmare il vuoto informativo?

*Patrizia Elli, Vittorio Caimi***Aggiornamento avanzato**

118 Panoramica sulla pancreatite acuta in età pediatrica

*Nicole Caporelli, Marco Cipolli***Salute pubblica**

122 Il pediatra di famiglia e la gestione condivisa tra ospedale e territorio del bambino emato-oncologico

*Milena La Spina, Raffaella Colombatti, Piera Samperi, Andrea Di Cataldo, Laura Sainati, Giovanna Russo***Salute mentale**

127 Neuropsichiatria infantile. Vere o false epidemie?

*Intervista di Angelo Spataro a Francesco Ciotti***Osservatorio internazionale**

129 Le guerre, i bambini e le donne

*Enrico Valletta***Occhio alla pelle**

131 Giuseppe e il prurito

*Andrea Diociaiuti***Esperienze**

133 Early Child Development (ECD) nell'ambulatorio del pediatra. Sorveglianza e promozione del neurosviluppo nei bilanci di salute in Umbria

*Mariolina Frigeri, Carla Berardi, Gianni Di Stefano, Stefano Francario, Roberta Usella, Giorgio Tamburlini***Narrative e dintorni**

136 Il Paziente Esperto: l'incentivo di essere genitore e caregiver

*Stefano Mazzariol***Vaccinacipi**

138 Vaccinare tutti i bambini contro l'influenza?

*Roberto Buzzetti, Rosario Cavallo***Libri**140 Albero bell'albero e altre storie *Fabio Bonvicini e Gianluca Magnani, illustrazioni di Giuliano Della Casa*140 Dove sono i miei puntini? *Maria Loretta Giraldo e Nicolette Bertelle*141 Filastrocche per contare *Corinne Albaut*141 Il gene del diavolo *Barouk M. Assael***Film**

142 La forma dell'acqua (e della luce)

*Rubrica a cura di Italo Spada***Lettere**

143 Ancora a proposito di disuguaglianze ed esiti sanitari

143 Trump e la salute degli americani

143 Prescrizione appropriata degli antibiotici. Una modesta proposta

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2018 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per il personale sanitario non medico e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferro, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota), oppure attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi". Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi" e seguire le istruzioni in esso contenute, oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, le pagine elettroniche di *Quaderni acp*, la Newsletter mensile *Appunti di viaggio* e la Newsletter quadrimestrale *Fin da piccoli* del Centro per la Salute del Bambino, richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org. Hanno anche diritto a uno sconto sulla iscrizione alla FAD dell'ACP alla quota agevolata di 60 euro anziché 80; a uno sconto sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino (come da indicazioni sull'abbonamento riportate nella rivista); a uno sconto sull'abbonamento a UPPA se il pagamento viene effettuato contestualmente all'iscrizione all'ACP; a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP. Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento e formazione. Potranno anche partecipare a gruppi di lavoro tra cui quelli su ambiente, vaccinazioni, EBM. Per una informazione più completa visitare il sito www.acp.it.