

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

Le deformità del rachide dell'adolescente:
l'approccio del pediatra

[Formazione a distanza, pag. 148](#)

Affrontare le diseguaglianze in salute e sviluppo
del bambino: un policy statement dell'ISSOP

[Salute pubblica, pag. 161](#)

Una febbre persistente associata a indici infiammatori
elevati e lesioni ecografiche del fegato e della milza

[Il caso che insegna, pag. 170](#)

Editorial

145 Notes at end of term

Federica Zanetto

147 Are health workers vaccinated?

Massimo Farneti

Distance learning

148 The spine deformities of the adolescent: the paediatrician's approach

Carmine Zoccali, Jacopo Baldi, Andrea Catanea, Fabio Calabrò, David Calabrò

Info parents

155 A straight back

Stefania Manetti, Antonella Brunelli, Costantino Panza

Research letter

156 The oral communications presented by the paediatric residents at the Tabiano XXVII Congress

Public health

161 Tackling inequalities in health and child development: a policy statement dell'ISSOP

Giorgio Tamburlini

164 Italy for Equity in Health

Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo

Health care system

167 The nurse and the child with diabetes: something is changing

Chiara Garavini, Pamela D'Ascenzo, Benedetta Mainetti

At a glance

169 Target lesion in adolescent

Learning from a case

170 A persistent fever associated with elevated inflammatory indices and ultrasound lesions of liver and spleen

Marco Sarno, Claudia Mandato, Francesco Esposito, Daniele De Brasi, Claudio Santoro, Andrea Lo Vecchio, Paolo Siani

Appraisals

174 Assessment of pain profile in children with intellectual disability: the italian version of the Paediatric Pain Profile scale

Valentina Francia, Silvia Soffritti, Manuela Mancini, Sara Maiani, Maria Cristina Mondardini

Around narration

178 Perinatal death and possible support

Claudia Ravaldi, Carmen Rizzelli

Farmacipi

182 Drugs and children: important news from italian institutions

Antonio Clavenna

Vaccinacipi

183 About mandatory vaccinations

Franco Giovanetti

184 Books

187 Movies

188 Info

190 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 corredata 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

Imparare, Tiziana Cristiani – Referente NpL Regione Campania

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



Note a fine mandato



Federica Zanetto

Presidente ACP

Scrivo queste note al rientro dall'incontro congiunto del Consiglio Direttivo ACP e dei Referenti Regionali ACP con l'IRCCS M. Negri, svoltosi per l'illustrazione ad ACP dello studio di coorte "Nascere e Crescere in Italia. Una coorte di nuovi nati" e per la proposta formale di coinvolgimento ACP nella realizzazione di quello che di fatto diverrebbe un (vero) osservatorio nazionale per l'infanzia: un esercizio "di futuro"; uno sguardo allargato, partecipato, guidato alla complessità dello sviluppo e della crescita a partire dal nostro quotidiano; un'occasione privilegiata di formazione sul campo; una sfida che ACP intende raccogliere come aggiunta e apertura di un nuovo capitolo di una storia associativa, ripresa e valorizzata anche nel disegno dello studio.

ACP può sostenerla grazie a un tessuto locale cui in questo triennio si è cercato di rivolgere un'attenzione particolare anche per meglio comprendere e cercare di valorizzare risorse e ca-

ratteristiche ambientali e operative cui riferirsi per quanto può essere promosso e messo in campo a livello nazionale (v. anche la particolare modalità organizzativa del Congresso Nazionale ACP 2017 e 2018, frutto della sinergia e dell'elaborazione dei soci ACP di più gruppi locali attivi nella stessa regione).

Il "ciclo vitale" si conferma certamente una criticità con cui fare i conti e che impone sempre di più, anche a livello locale, una attenzione particolare alla sensibilizzazione e attrazione dei colleghi più giovani e dei pediatri da poco usciti dalle Scuole di Specializzazione. Sono da prevedere e garantire anche in tal senso un uso attento della comunicazione e una buona circolazione delle informazioni, e soprattutto un'offerta formativa di qualità (FAD di *Quaderni acp*, gruppi di lettura ACP) e anche il coinvolgimento e la partecipazione motivata e ragionata a percorsi di ricerca rilevanti e significativi.

BOX 1. Collaborazioni dell'ACP

Ministero della Salute. Partecipazione ACP a:

- Tavolo Tecnico in materia di "tutele e promozione della Salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai 2 anni di età"
- Tavolo di Lavoro: "Bimbi in auto: zero vision" (Zero incidenti stradali che coinvolgano bambini nel 2020)
- Steering Committee del Progetto "Analisi delle attività della rete dei consulenti familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi" promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dal CNaPPS ISS

Istituto Superiore di Sanità. Partecipazione ACP a:

- Comitato Tecnico Scientifico Progetto "Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia"
- Progetto Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico

Save the Children. Presenza ACP a:

- Comitato Scientifico "Rete di Focchi in Ospedale"
- Campagna di contrasto alla povertà educativa "Illuminiamo il futuro"
- Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso dalla gravidanza ai tre anni di vita: dati, storie e prassi di prevenzione, riconoscimento e cura
- Gruppo di lavoro "Sviluppare interventi di Early Learning in contesti fragili"

Network CRC. Partecipazione ACP alla redazione del 3° Rapporto Supplementare CRC alle Nazioni Unite.

FIARPED: contributo ACP alla stesura (in corso) sulle criticità inerenti alle varie discipline pediatriche

Associazione Italiana Dislessia. Partecipazione ACP al progetto "Linee guida sui disturbi specifici dell'apprendimento 2018"

Partecipazione ACP al panel della Giuria Consensus Conference sui Disturbi Primari del Linguaggio. Roma, 29-30 novembre 2018

ICBD: Adesione e partecipazione ACP a World Birth Defects Day, 3 marzo 2018

WONCA Italia. ACP in Consiglio Direttivo (P. Elli) e nel Comitato Scientifico (M. Gangemi, P. Elli, D. Corbella)

ACP-GIS AIFI (Gruppo di interesse specialistico Fisioterapia Pediatrica all'interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti). Protocollo di intesa, 4 maggio 2018

Presenza nel comitato scientifico (S. Manetti) di "Un Villaggio per Crescere", progetto coordinato dal CSB – ONLUS, approvato nell'ambito del Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile (Art. 1 comma 392 della legge 28 dicembre 2015, n. 208), area 0-6 anni

Partner nel Progetto "Con i genitori" promosso dal Centro Touchpoints Brazelton, Associazione Natinsieme, CSB

Contributo ACP (R. Cavallo, L. Reali) alla guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. V edizione.

Collaborazione ACP (PUMP) con UOC Epidemiologia Ambientale DEP Lazio nel Progetto "Effetti sui bambini delle ondate di calore"

Collaborazione ACP (PUMP) al numero monografico rivista ".eco" WWF

Collaborazione ACP (PUMP) all'Azione Centrale Programma CCM "Ambiente, clima e promozione della salute dei bambini"

Contributo ACP (L. Reali) al testo "This I think should have priority in child health care services: The personal philosophies of people involved in child health care". A cura di Jochen Ehrlich. EPA/UNEPSA

Contributo ACP (L. Reali) al Manuale di educazione terapeutica del network "APRIRE"

BOX 2. Inviti a eventi, relazioni, presentazioni

IV Congresso "Slow Medicine". Torino, 11 novembre 2017 (A.M. Falasconi)

Conferenza Programmatica "Adolescenti oggi. Nuove sfide educative. Nuove alleanze". Roma, 16 novembre 2017 (M.L. Zuccolo)

"L'ascolto del minore e la relazione terapeutica". Tavola rotonda. Milano, 22 novembre 2017 (P. Elli)

"Maltrattamento nei primi mille giorni di vita. Prevenire, intercettare, segnalare e accompagnare". Rete Fiocchi in Ospedale (Save the Children). Torino, 24 novembre 2017 (F. Ragazzon)

GSIPeRC. La prevenzione cardiovascolare è una cosa da bambini. Milano, 25 novembre 2017 (F. Zanetto)

4° Convegno Progetto MEAP. "Farmacologo e pediatra: un sinergismo a misura di bambino". Milano, 30 novembre 2017 (R. Schirò)

Biomonitoraggio di ftalati e BPA nei bambini italiani e associazione con patologie infantili: il progetto europeo "LIFE PERSUADED" – Roma 30 novembre 2017 (G. Toffol)

1° Congresso Internazionale S.I.P.Ped. "Maternal-Infant Health Care: Questions, issues and procedures on integrated practice". Palermo, 1 dicembre 2017 (P. Elli)

Workshop "La promozione della salute attraverso i nuovi media per la prevenzione dell'obesità in età prescolare". Progetto CCM 2014. Roma, 11 dicembre 2017 (L. Reali, F. Zanetto)

SiCuPP. Milano ... Vaccina 2018. Milano, 20 gennaio 2018 (F. Zanetto)

"Inquadramento clinico e percorsi di trattamento nel bambino con ritardo del linguaggio nei primi tre anni di vita". IRCCS Stella Maris. Pisa, 9-10 febbraio 2018 (F. Zanetto)

Tavola rotonda Conferenza Rete Italiana di Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA) – Roma 8-9 marzo 2018 (F. Zanetto)

1° Congresso Nazionale Choosing Wisely Italia. Milano, 22-23 marzo 2018 (A.M. Falasconi)

Meeting ECPCP. Toledo, 20-24 aprile 2018 (P. Calamita, I. Rafele, L. Reali)

Incontro "Cure Palliative Pediatriche". Bologna, 5 maggio 2018 – Festival della Scienza Medica (M. Fornaro)

Giornate di Epidemiologia Perinatale "Carlo Corchia". Firenze, 10-12 maggio 2018 (C. Panza, L. Reali, S. Arduo, G. Cirillo)

Tavola rotonda "Elevate temperature, pollini, inquinamento atmosferico: la prevenzione in Italia". Workshop CCM "Clima, inquinamento atmosferico e pollini: modello integrato di monitoraggio, sorveglianza sanitaria e raccomandazioni per la prevenzione". Roma, 15 maggio 2018 (L. Reali)

"Illuminiamo il futuro: il ruolo della comunità educante per contrastare la povertà educativa". Forum Nazionale. Roma, 16 maggio 2018 (P. Elli)

Congresso SIP. "Sessione ACP" 14 giugno 2018 (M. Marchesi, S. Di Mario, L. Ronfani, R. Buzzetti, L. Reali)

"Verso una comunità di cura. Per crescere più sani e più felici". Seminario Save the Children. Roma, 25 giugno 2018 (P. Elli)

Gli apporti dei gruppi di lavoro ACP, "laboratori" attivi e in ogni momento in grado di portare, anche oltre all'ambito associativo, contributi sostanziali al dibattito intorno alla salute del bambino; "esserci" dove e quando occorre; l'attenzione a collaborazioni e sinergie affidabili; il confronto con le altre professionalità dell'area materno-infantile: è quanto si è cercato di perseguire nel corso del

BOX 3. La ricerca in corso e "in animo"

Studio ENBe: concluso il follow-up della coorte di bambini che hanno partecipato allo studio ENBe. 30/39 pediatri ACP già coinvolti nella ricerca. 334 bambini (64% di quelli inclusi nello studio) seguiti fino al compimento del sesto anno di età. In corso analisi dei dati. Presentazione al Congresso ACP 2018

"Nati per contare: promuovere le abilità matematiche precoci attraverso i pediatri". Enti promotori: Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia; ACP Romagna. Ricerca in corso. Presentazione al Congresso ACP 2018

"Nascere e crescere in Italia. Una coorte di nuovi nati". Studio promosso dall'IRCCS Mario Negri

mandato che si avvia a conclusione. I box che accompagnano queste note raccontano l'anno sociale in corso. Sono anche da segnalare in particolare in questo terzo anno di mandato: la diffusione del "punto di vista ACP sull'alimentazione complementare", curato da un gruppo di lavoro coordinato dalla segreteria nutrizione ACP e il dibattito che ne è seguito e tuttora in corso; la partecipazione ACP alle Giornate di Epidemiologia "Carlo Corchia", spazio multidisciplinare di confronto interessante e di integrazione di conoscenze, e il contributo alla costituzione di un Laboratorio della conoscenza dove neonatologi, pediatri, ostetrici e professionisti di altre discipline "potranno sviluppare una cultura perinatale che fatica a esprimersi nel nostro Paese"; l'aggiornamento in corso del documento "Formazione ACP", la cui nuova stesura sarà presentata al Congresso Nazionale ACP a Treviso; la registrazione di ACP come editore (imminente la pubblicazione di un e-book contenente gli ultimi 3 anni della FAD di *Quaderni acp*) "Cercare la via possibile, raddrizzare di volta in volta la rotta, adottare prospettive di lettura diverse, frequentare ambiti disciplinari differenti, individuare sempre i giusti equilibri al di là delle legittime contrapposizioni di idee": in queste responsabilità e negli impegni di questo triennio mi hanno accompagnato con passione, pazienza e tenacia i consiglieri nazionali; mi sono avvalsa della rete preziosa ed efficace dei referenti regionali e locali ACP; ho potuto contare sul lavoro attento, costante e competente delle segreterie ACP; le redazioni di *Quaderni acp* e delle Pagine Elettroniche di *Quaderni acp* hanno continuato a curare spazi di riflessione e aggiornamento di qualità; *Appunti di Viaggio* ha garantito con puntualità il diario di bordo; il blog ACP ha ripreso e proposto temi alla ribalta nel dibattito nazionale; l'ufficio stampa ha diffuso, quando necessario, la "voce" associativa. Mi hanno supportato il lavoro incessante e la disponibilità, in ogni momento, della segreteria nazionale, motore indispensabile per la vita associativa. E anche il quotidiano, prezioso, piccolo pezzo di lavoro di ciascuno dei soci ACP.

Mi è stato chiesto a più riprese di continuare nel mio impegno per un secondo mandato. Presento la mia candidatura. Lo devo alla fiducia accordatami. E all'ACP.

✉ zanettof@tin.it

Gli operatori sanitari si vaccinano?



Massimo Farneti

Referente ACP Emilia Romagna

“Emilia Romagna. Vaccinazione obbligatoria contro morbillo, parotite, rosolia e varicella per operatori sanitari dei reparti a elevato rischio”. Con questo titolo la stampa specializzata ha recentemente riportato la delibera della giunta regionale n. 351 del 12/03/2018 [1]. A prima vista dunque sembra che siamo nuovamente di fronte a un’iniziativa che si inserisce nell’area dell’obbligatorietà vaccinale ma, già dal titolo del documento tecnico di accompagnamento, si capisce trattarsi di un ambito più vasto: *“Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l’idoneità dell’operatore sanitario”*.

Un approccio quindi di medicina del lavoro che, partendo dalla tutela dell’operatore, va oltre per farsi anche carico della sicurezza delle persone assistite. Sono passati proprio 10 anni dalla emanazione della legge quadro sulla salute e sicurezza nel lavoro (DL n. 81 del 9/04/2008) in cui timidamente vi erano i primi accenni alla “protezione collettiva” (art. 20). In considerazione del particolare ambiente di lavoro in sanità, sempre più frequentemente, nella normativa e nella produzione scientifica specifica, si è fatta strada l’esigenza di veder tutelata anche la salute delle persone assistite alla luce della possibile fragilità che, soprattutto in ambito ospedaliero, possono avere.

Il 2017 da questo punto di vista rappresenta sicuramente una svolta: prima la cosiddetta legge Gelli (n. 24 dell’8/03/2017) sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, che già nel titolo rimarca *“la sicurezza delle cure e della persona assistita”* e all’articolo 1 recita: *“La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute... Alle attività di prevenzione del rischio... è tenuto a concorrere tutto il personale...”*; subito dopo (27-28/03/2017) la “Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari”, documento scaturito alla fine della Conferenza Nazionale *“Medice cura te ipsum”* in cui si ribadisce: *“La vaccinazione dell’operatore sanitario, unitamente alle altre misure di protezione collettive ed individuali per la prevenzione della trasmissione degli agenti infettivi nelle strutture sanitarie, ha una valenza multipla: serve a proteggere l’operatore dal rischio infettivo professionale, serve a proteggere i pazienti e i cittadini dal contagio in ambiente assistenziale e comunitario, serve a difendere l’operatività dei servizi assistenziali...”* [2].

In questo quadro di riferimento si inserisce la recente delibera della giunta regionale dell’Emilia Romagna. Molto chiara è la “filosofia” che la sottende: *“il tema della valutazione dell’idoneità dell’operatore sanitario alle mansioni che determinano esposizione al rischio biologico non può essere affrontato separatamente dalla valutazione del rischio che l’operatore infetto può rappresentare per il paziente”*.

Si coniugano strettamente quindi protezione dell’operatore sanitario (larga parte del documento è dedicata alle procedure e ai sistemi di tutela individuale dei lavoratori) con sicurezza delle persone assistite. In questa visione è compresa la verifica, negli operatori sanitari, dell’immunità per alcune malattie infettive prevenibili con vaccino (epatite B, morbillo, rosolia, parotite e varicella) qualora questi operino in reparti a rischio o in ambito materno-infantile (consultori familiari, pediatria di comunità, NPI ecc.).

Nel caso un operatore sanitario non immune decida di non sottoporsi alla vaccinazione specifica, il documento riporta: *“... rifiuto*

che ovviamente deve essere rispettato così come l’operatore che rifiuta la vaccinazione deve rispettare ed accettare l’indicazione del medico competente sulla emissione di un’idoneità parziale o di una non idoneità”.

L’operatore sanitario che rifiuta la vaccinazione non potrà lavorare nelle aree ad alto rischio e sarà spostato verso aree a basso rischio. Purtroppo una parte dei sindacati ha sollevato obiezioni e il segretario provinciale dell’ANAO di Modena addirittura si è detto pronto a tutelare legalmente gli operatori sanitari che volessero impugnare la decisione del medico competente.

Appare sconcertante assistere a queste posizioni invece di sostenere una presa di coscienza negli operatori sanitari sull’importanza della tutela dei pazienti a loro affidati, anche attraverso una convinta adesione alle profilassi vaccinali. Si cavalcano assurde battaglie in nome di una supposta “libertà individuale”. Ritengo che di fronte alla fragilità di un neonato prematuro o a quella di un individuo trapiantato, e agli sforzi immani per curarli e proteggerli, sia inconcepibile rischiare di perderli per un morbillo causato da un operatore sanitario non immunizzato, quando esiste un vaccino efficace e sicuro.

Prima di concludere, due ultime considerazioni.

La prima è legata al ritardo nazionale nell’approntamento delle strategie vaccinali nei due principali ambiti “a rischio”, quello sanitario e quello più a contatto con i bambini (educatori, insegnanti, personale ausiliario della scuola ecc.). La delibera della Regione Emilia-Romagna affronta in maniera efficace il primo ambito, ma rischia di riproporre l’Italia a macchia di leopardo con Regioni che autonomamente legiferano e altre che rimangono al palo. È assolutamente necessario evitare quello che abbiamo già vissuto nel recente passato con i “calendari vaccinali regionali” per l’infanzia. Infine, una considerazione che riguarda il personale sanitario: anche quest’anno le coperture vaccinali per l’influenza nei sanitari sono state desolatamente basse. È pur vero che l’efficacia del vaccino è quella che è, ma è urgente che cresca negli operatori sanitari la consapevolezza che deve far parte dell’etica professionale il “proteggere”.

Da una recentissima ricerca, non ancora pubblicata, effettuata fra gli infermieri di reparti ad alto rischio dell’ospedale di Cesena, solo il 16,5% (36/218) dichiara di essersi vaccinato per l’influenza almeno una volta negli ultimi 5 anni, e nei pochi che lo fanno routinariamente (16/36) la motivazione prevalente è “per evitare di contagiare i miei familiari”.

Consoliamoci con una ricerca del 2011 sui pediatri, anche se la selezione del campione lascia a desiderare: il 39% dei rispondenti al questionario si è vaccinato e il 70% lo fa per *“la protezione dei pazienti”* [3].

✉ farnetimax@teletu.it

1. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7339360.pdf>
2. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5825015.pdf>
3. Ciolfi degli Atti M, et al. I pediatri e i determinanti della vaccinazione anti-influenzale: un’indagine di conoscenza, attitudine e pratica. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2011;6:36-43.

Le deformità del rachide nell'adolescente: l'approccio del pediatra

Carmine Zoccali*, Jacopo Baldi*, Andrea Catanea**, Fabio Calabrò***, David Calabrò***

* UOC di Ortopedia – IRCCS – Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

** Tecnico Ortopedico, Università La Sapienza, Roma

*** AIRPEC, Associazione Interdisciplinare di Ricerca in Posturologia e Chinesiologia, Reggio Calabria

Introduzione

Le deformità del rachide sono note da migliaia di anni; esse sono nominate anche nel papiro di Edwad Smith, che faceva riferimento ai problemi di salute degli schiavi che lavoravano alla costruzione delle piramidi nel XXV secolo a.C. Il termine scoliosi viene invece attribuito a Ippocrate, sebbene egli stesso non distinguesse tra deformità coronali e sagittali. In era romana vengono però identificati i principi di compressione e distrazione applicati ancora oggi.

Con il termine di deformità della colonna vertebrale è indicato un gruppo eterogeneo di patologie, alcune congenite e/o ereditarie, come i difetti di formazione (emispondili) e segmentazione (fusione di due o più vertebre), altre legate allo sviluppo, altre secondarie a patologie quali malattie neuromuscolari e tumori.

Il nostro obiettivo è quello di semplificare l'approccio del pediatra, enfatizzando il concetto di diagnosi precoce volta a identificare quei casi che necessitano di ulteriori approfondimenti; prenderemo quindi in considerazione le forme più diffuse, quali la scoliosi idiopatica e il dorso curvo osteocondrosico o morbo di Scheuermann.

L'approccio del pediatra

Anamnesi: il colloquio con i genitori è estremamente importante; molte deformità del rachide hanno una componente ereditaria multi genica, per cui l'anamnesi familiare è fondamentale.

Faber e coll. già nel 1936 evidenziavano che il 26,4% dei pazienti aveva almeno un altro familiare affetto: nel 7% dei casi un fratello o una sorella, nel 13,5% dei casi almeno un genitore [1].

Wynne-Davies nel 1968 rilevava come nel 27,2% fossero colpite almeno due persone all'interno della stessa famiglia [2].

Aulisa e coll., in un recente articolo, notavano che il 5,8% dei fratelli dei pazienti con scoliosi e il 12,7% delle sorelle erano

affetti da scoliosi; i padri affetti da scoliosi erano il 7,1%, le madri l'8,6% [3].

Damborg e coll., in uno studio su 35.000 gemelli, riscontravano una prevalenza del morbo di Scheuermann del 2,8% (2,1% nelle femmine e 3,6% nei maschi), con una concordanza tra gemelli monozigoti del 19% comparata al 7% tra gemelli dizigoti; inoltre il 74% dei pazienti affetti aveva almeno un genitore affetto [4].

Si dovrà considerare l'età del paziente: le deformità del rachide che si manifestano prima dei dieci anni sono solitamente di natura congenita e legate alla presenza di emispondili e/o difetti di segmentazione. Inoltre, in linea di massima, più precoce è l'esordio della deformità, tanto più grave sarà l'evoluzione, avendo il paziente più tempo per peggiorare fino alla fine della crescita.

Direttamente correlato all'età è lo stato puberale: il menarca è un momento fondamentale per le pazienti affette da scoliosi; i due anni successivi sono quelli da considerare maggiormente a rischio di peggioramento, per cui occorre mantenere alto il livello di attenzione.

Esame clinico: l'esaminatore visiona dapprima il paziente in posizione di attenti, cercando eventuali asimmetrie dei due triangoli della taglia, formati dal profilo mediale dell'arto superiore e il profilo laterale del tronco (Figura 1A).

Vanno osservate eventuali asimmetrie del cingolo scapolare (tilt di spalla) e del cingolo pelvico, evidenziando o meno la presenza di dismetrie e rotazioni di bacino. Si invita quindi il paziente ad anteporre gli arti al tronco, unire le palme delle mani ed eseguire una lenta flessione mentre l'esaminatore controllerà il profilo posteriore dell'arco costale (Figura 1B), individuando la presenza di asimmetrie, i gibbi, localizzando e misurando la differenza tra l'apice di ogni gibbo e il corrispondente punto controlaterale (test di Adams o bending test) (Figura 1C). Il gibbo identifica

la scoliosi vera, essendo una diretta conseguenza della rotazione vertebrale.

Osservando il paziente lateralmente si prenderà coscienza delle curve sagittali e l'eventuale concomitanza di dorso curvo/piatto e iper/ipolordosi lombare (Figura 2A); utilizzando un filo a piombo tangente al punto più posteriore del dorso è possibile misurare la distanza dal filo alla settima vertebra cervicale e il punto di maggiore lordosi lombare (Figura 2B).

In caso di dorso curvo può essere utile eseguire una valutazione della correggibilità, chiedendo al paziente di piegarsi in avanti e cercare di ridurre la cifosi, estendendo la schiena, mantenendo la posizione flessa in avanti e gli arti superiori posizionati a candelieri; l'esaminatore può facilitare l'esecuzione della manovra premendo con la sua mano sull'apice della cifosi, fornendo al paziente un fulcro per la correzione. Un paziente con dorso curvo rigido, poco correggibile, purtroppo con minore probabilità otterrà dei buoni risultati con la terapia conservativa.

Durante l'esame obiettivo occorre verificare la presenza di altre condizioni che possono suggerire un'origine specifica quali macchie cutanee, acromegalia, lassità legamentosa, piede cavo o altre patologie neurologiche.

Esami strumentali: la valutazione di base delle deformità del rachide è basata sulla radiografia della colonna in toto sotto carico (Figura 3). Tale esame può essere richiesto dal pediatra di base nel caso di sospetto di deformità vera, strutturata (ci si potrebbe per esempio basare sulla presenza di un gibbo superiore a 3-4 mm), o nel caso si sospetti una patologia specifica. In antero-posteriore (AP) (Figura 3A) il paziente deve avere i talloni uniti, con i piedi in apertura fisiologica di circa 30°, comprendendo anche il bacino per la valutazione del segno di Risser (Figura 3A). L'angolo di scoliosi, misurato con il metodo di Cobb, è l'angolo formato dalla

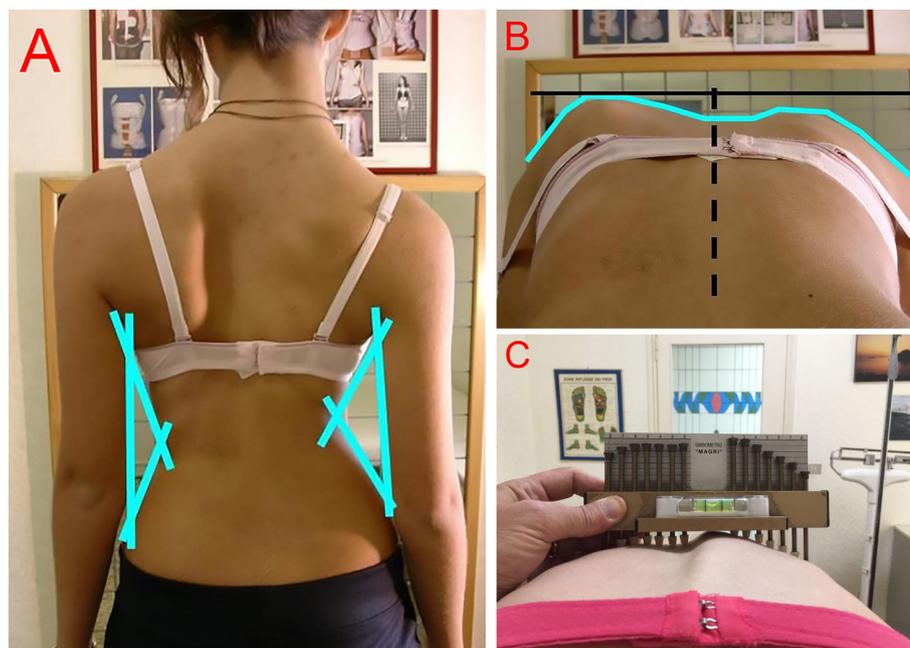


Figura 1. Esame obiettivo. A) Posteriormente è possibile verificare la presenza di asimmetrie dei triangoli della taglia, formati dal margine mediale del braccio e dal profilo laterale del tronco. B) Il test di Adams consiste nel far piegare in avanti progressivamente il paziente e verificare l'eventuale presenza di gibbi, cioè di salienze asimmetriche della schiena; in questo caso è raffigurato un gibbo dorsale sinistro. C) Lo scoliometro permette di quantificare l'entità dei gibbi andando a valutare la differenza di altezza di due punti equidistanti dalla linea delle spinose.



Figura 2. Esame obiettivo. A) Da un punto di vista laterale è possibile valutare le curve sagittali del rachide; in questo caso è evidente un dorso curvo (ipercifosi) con un corrispettivo aumento della lordosi lombare. B) Grazie all'ausilio di un filo a piombo, tangente al punto più posteriore della cifosi dorsale, è possibile misurare con un righello la distanza da questo della settima vertebra cervicale e del punto di maggiore lordosi.

perpendicolare alla retta tracciata in corrispondenza della limitante superiore della vertebra superiore con maggiore inclinazione, e dalla perpendicolare alla retta tracciata in corrispondenza della limitante inferiore della vertebra inferiore con maggiore inclinazione (Figura 3A).

Il segno di Risser, o più semplicemente Risser, è un indice di maturità ossea che

viene valutato prendendo in considerazione il nucleo di ossificazione secondaria della cresta iliaca; quando questo è assente si parla di "Risser 0", al momento della sua comparsa ma esteso a circa un terzo della cresta iliaca in posizione laterale, si parla di Risser 1; il Risser 2 è uno stato in cui il nucleo di ossificazione coinvolge più o meno la metà dell'ala iliaca; nel Risser 3 esso

è esteso per tutta la lunghezza dell'ala iliaca, ma è sempre ben distinto da quest'ultima; nel Risser 4 compare un ponte osseo tra il nucleo di ossificazione e l'ala iliaca; nel Risser 5 è avvenuta la completa fusione del nucleo con l'ala iliaca (Figura 4).

In proiezione laterale (LL) (Figura 3B) le braccia devono essere elevate anteriormente di circa 45° per permettere una migliore visualizzazione della colonna dorsale (una maggiore elevazione altererebbe le curve sagittali). In tale proiezione, con il metodo di Cobb, si valuta l'entità della cifosi dorsale e della lordosi lombare; in questo caso le vertebre da utilizzare come estremi della curva sono variabili: per la misura della lordosi lombare è possibile prendere come punto di riferimento il piatto sacrale e la limitante superiore della vertebra maggiormente inclinata; per la misura della cifosi dorsale si utilizza la limitante superiore della IV vertebra dorsale e la limitante inferiore della vertebra maggiormente inclinata. Tali punti di riferimento non sono fissi, ma possono variare in funzione delle specifiche del paziente; è però importante, nel monitoraggio del paziente, utilizzare sempre gli stessi punti di riferimento.

Le radiografie dovrebbero essere effettuate circa una volta all'anno durante il periodo di accrescimento e trattamento. La RMN è indicata qualora si voglia escludere la presenza di patologie a carico del SNC. La TC è preferita in seconda istanza, come approfondimento, in caso di sospetto di scoliosi congenita legata alla presenza di emispondili.

Quando inviare il paziente allo specialista?

Dipende essenzialmente dal grado di confidenza che il singolo pediatra ha con le patologie del rachide. In linea di massima è consigliabile inviare allo specialista in deformità del rachide (che sia esso ortopedico o fisiatra importa poco... a meno che non si creda che vi sia indicazione chirurgica, nel qual caso il primo è da preferire) tutti i casi di curve strutturate in cui cioè è presente una deformità ossea, tutti i casi di deformità anche non strutturate e anche di lieve entità andate incontro a peggioramento in un breve lasso di tempo, tutti quei casi sospetti per deformità secondarie (malattie muscolari, sospette patologie tumorali ecc.).

La scoliosi

La scoliosi è una deformità tridimensionale del rachide, caratterizzata da alterazioni comprese nel piano sagittale, frontale e assiale delle strutture ossee e legamentose. Il termine scoliosi idiopatica è riservato a quei casi in cui siano state escluse cau-

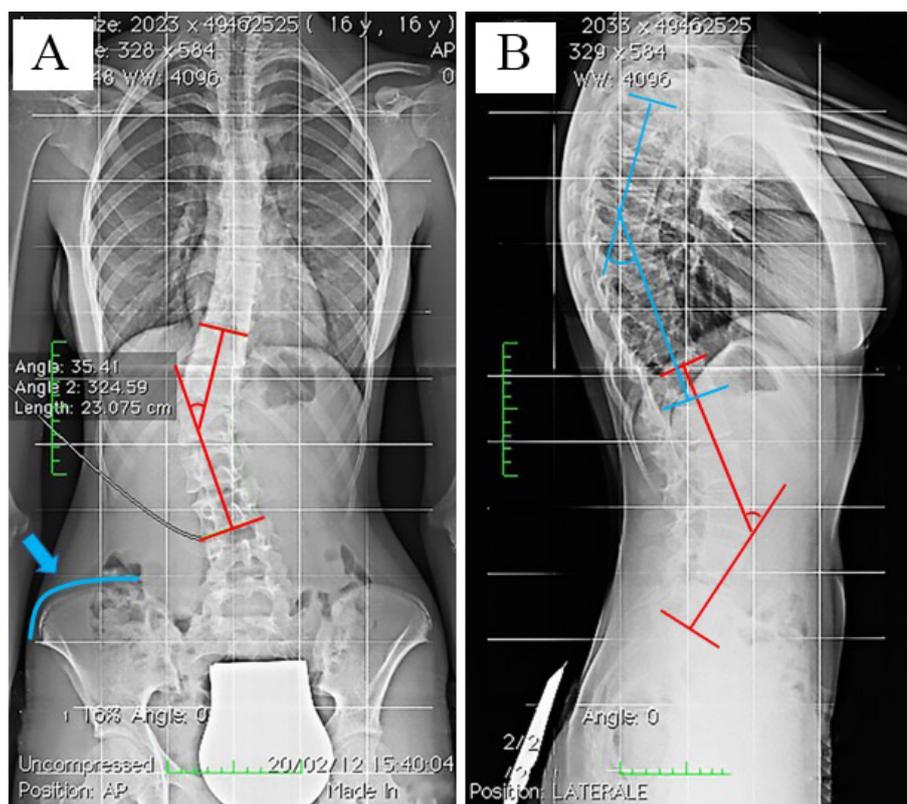


Figura 3. Radiografia della colonna in toto sotto carico in 2P. A) Proiezione antero-posteriore: paziente affetta da scoliosi dorso-lombare sinistra (la stragrande maggioranza delle curve dorsali idiopatiche sono destre, cioè hanno la convessità a destra). In rosso è evidenziato il calcolo dell'angolo di scoliosi con il metodo di Cobb; in azzurro, indicato dalla freccia, il nucleo di ossificazione della cresta iliaca da cui si valuta il valore del Risser (in questo caso 3). B) Proiezione laterale: in rosso e in azzurro il calcolo del valore di lordosi e cifosi utilizzando la tecnica di Cobb.

se specifiche quali deformità congenite ossee (presenza di emispondili), malattie neuromuscolari (distrofie muscolari, atassia di Friedrich, neurofibromatosi), mielomeningocele, tumori e malattie mesenchimali (sindrome di Marfan).

A seconda dell'età di insorgenza si identifica:

- scoliosi infantile: età di insorgenza inferiore ai 3 anni;
- scoliosi giovanile: età di insorgenza compresa tra i 4 e i 9 anni;
- scoliosi adolescenziale: età di insorgenza compresa tra i 10 e la maturità;
- scoliosi dell'adulto: insorta successivamente alla maturità.

Il verso di una curva viene quindi definito dalla localizzazione del suo apice e dalla direzione della convessità: una curva lombare sinistra è una curva con apice a livello lombare e convessità sinistra; una curva dorso-lombare destra avrà l'apice in corrispondenza del passaggio dorso-lombare (D12-L1) e convessità destra.

La prevalenza varia in funzione dell'angolo di cut-off a partire dal quale si parla di scoliosi, angolo misurato col metodo di Cobb.

Se consideriamo tale valore di 10° la prevalenza è dell'1-3%, con una prevalenza doppia nel sesso femminile. Se invece consideriamo esclusivamente le curve maggiori di 30° la prevalenza del sesso femmi-

nile è circa 10 volte maggiore di quella del sesso maschile.

Eziopatogenesi

Nonostante i notevoli sforzi effettuati negli anni, l'eziopatogenesi della scoliosi "idiopatica" rimane sconosciuta [5,6].

È riconosciuta una componente familiare, poiché la scoliosi presenta una maggiore frequenza all'interno delle famiglie di soggetti affetti; studi condotti su gemelli omozigoti ed eterozigoti evidenziano una percentuale di concordanza rispettivamente del 73% e del 36%, confermando la base genetica della patologia [6].

Diverse ipotesi sono state effettuate sul meccanismo di trasmissione, ma la confusione derivante è probabilmente dovuta all'assenza di un unico meccanismo e dalla presenza di più forme di trasmissione. In una importante casistica pubblicata da Axenovich e coll. nel 1996 si evidenziava l'esistenza di una trasmissione autosomica dominante con penetranza incompleta sesso-correlata per alcune forme di scoliosi particolarmente gravi, senza tuttavia riuscire a identificare un locus di mutazione [7]. Alla base potrebbe difatti esservi una trasmissione multigenica a penetranza variabile.

Diversi geni sono probabilmente coinvolti, principalmente codificanti per pro-

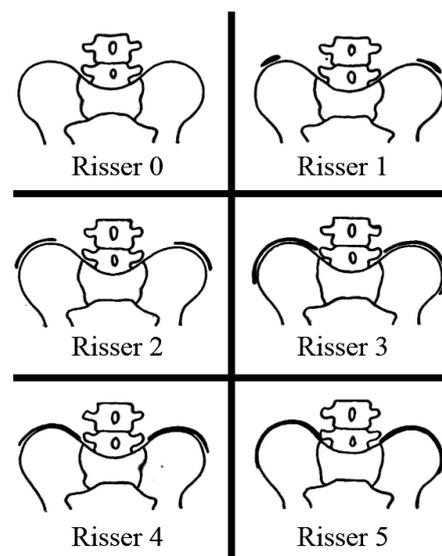


Figura 4. Segno di Risser: è un indice di maturità ossea che si riferisce all'aspetto del nucleo di accrescimento della cresta iliaca; quando questo è assente si parla di "Risser 0"; al momento della sua comparsa ma è ancora esteso a circa un terzo della cresta iliaca in posizione laterale, si parla di Risser 1; il Risser 2 è uno stato in cui il nucleo di ossificazione coinvolge più o meno la metà dell'ala iliaca; nel Risser 3 esso è esteso per tutta la lunghezza dell'ala iliaca ma è sempre ben distinto da quest'ultima; nel Risser 4 compare un ponte osseo tra il nucleo di ossificazione e l'ala iliaca; nel Risser 5 è avvenuta la completa fusione del nucleo con l'ala iliaca.

teine del tessuto connettivo quali i geni codificanti per la fibrillina 1 e 2 (FBN1 – FBN2), i geni codificanti per il collagene di tipo I (COL α 1) e II (COL α 2), per l'elastina (ELN), l'aggregano (ACAN) e le eparan-sulfotransferasi (HS3ST3A1 e HS3ST3B1) [8-10].

Non chiaro è il ruolo svolto dalla melatonina nell'insorgenza ed evoluzione della scoliosi; è probabile che la sua azione sia indiretta agendo su altri fattori di crescita a loro volta coinvolti [11,12].

Storia naturale

La storia naturale della scoliosi è correlata all'eziopatogenesi, al tipo di curva, alla localizzazione e all'età di insorgenza.

Diversi studi a lungo termine hanno dimostrato la cattiva evoluzione della scoliosi idiopatica adolescenziale; tuttavia tali studi presentano numerosi "bias" dovuti alle difficoltà di standardizzare il campione, all'introduzione nel campione di scoliosi ad altra eziopatogenesi o forme di scoliosi a esordio eccessivamente precoce.

I fattori correlati alla progressione della curva sono principalmente rappresentati dalla maturità ossea, più comunemente valutata con il segno di Risser (Figura 4), dall'entità e localizzazione della curva.

- Una scoliosi che insorge in età precoce, in periodo prepuberale, ha un potenziale evolutivo maggiore poiché vi è una maggiore crescita staturale residua; il peggioramento che si verifica durante il periodo di massima crescita staturale è in relazione alla legge di Huetter-Volkman: la pressione sulle epifisi ne ritarda la crescita, la distrazione la stimola [13-16].
- Maggiori sono l'entità della curva e la rotazione al momento della diagnosi, maggiore è il rischio di progressione della stessa [15,17].
- Diversi studi hanno dimostrato come le curve con apice localizzato a livello toracico abbiano potenziale evolutivo maggiore con una percentuale di evoluzione variabile a seconda degli autori dal 58% al 100% [15,18].

Dopo la maturità scheletrica il peggioramento è direttamente correlato all'entità della curva:

- Curve < 30° non progrediscono
- Curve 30°-50° progrediscono, se la rotazione è maggiore di 25°, di 1°/anno
- Curve > 50° progrediscono sempre
- Il 3% migliora spontaneamente, più facilmente se la scoliosi è < 10°

Diverse formule sono state ideate per quantificare il rischio di progressione della scoliosi: la formula di Peterson e Nachemson tiene conto del segno di Risser, del livello dell'apice della curva, della presenza di scompensi del tronco e dell'età del paziente [19]; la formula di Lonstein e Carlson invece comprende l'angolo di Cobb, il segno di Risser e l'età del paziente [16]. Tali formule possono aiutare il clinico nella valutazione della probabilità di progressione per garantire il migliore approccio possibile.

Per Bunnel le scoliosi sono più evolutive nel ragazzo; egli sottolinea l'importanza della pubertà, poiché il 53% delle scoliosi diagnosticate prima di questo periodo si aggrava di oltre 10°, mentre solo l'11% di quelle diagnosticate dopo progrediscono di oltre 10°.

Secondo Clarisse e Stagnarà le scoliosi a doppia curva di entità paragonabili sono le più evolutive, mentre le lombari singole presentano una probabilità di aggravamento minore. La lassità legamentosa è riconosciuta come un importante fattore di rischio di progressione da diversi autori (Matson, Maderspeck-Grib, Schulz, Nachemson).

Le conseguenze di una scoliosi non trattata sono principalmente rappresentate dall'evoluzione della curva, dal mal di schiena, problemi respiratori e sociali [13,14,20]. A differenza delle scoliosi infantili, più raramente la scoliosi idiopati-

ca adolescenziale si accompagna a una diminuzione della funzionalità polmonare; tuttavia, la rotazione vertebrale e la lordosi toracica possono influire negativamente [21]. La frequenza del mal di schiena nei soggetti adulti portatori di scoliosi idiopatica adolescenziale è dibattuta; Ascani e coll. riportano una frequenza del tutto simile a quella della popolazione generale [13], mentre Weinstein e coll. sostengono frequenza e intensità maggiori nella popolazione affetta [22]. Recentemente è stata dimostrata la maggiore incidenza di osteoporosi giovanile nelle adolescenti affette da scoliosi [23].

La scoliosi influisce notevolmente sull'aspetto personale e relazionale della persona, che si attribuisce un grado minore di salute e una maggiore restrizione delle proprie capacità sociali [13], sebbene altri studi abbiano evidenziato l'assenza di una differenza statisticamente significativa con la popolazione sana in termini di attività e qualità di vita. Circa un terzo dei pazienti sostiene che la scoliosi abbia ristretto in qualche modo la propria qualità di vita nell'indossare abiti e costumi da bagno e nel ridurre la propria sicurezza e autostima [22,24].

È tuttavia ancora da dimostrare che il trattamento sia effettivamente capace di modificare la storia naturale della scoliosi.

Trattamento conservativo

Il trattamento conservativo della scoliosi adolescenziale è piuttosto controverso, non essendo presenti in letteratura dati inequivocabili dimostranti l'efficacia del trattamento ortesico. Solitamente la chinesiterapia è indicata per scoliosi con valori inferiori ai 25°, ai fini di migliorare la coordinazione, la propriocezione spinale; per valori > 25° il trattamento ortesico è consigliato soprattutto dalla scuola francese, associato alla chinesiterapia. Il trattamento andrebbe continuato fino al raggiungimento della maturità scheletrica.

Diversi tipi di corsetto sono disponibili:

- Corsetto di Milwaukee (Figura 5A): formato da una presa di bacino in polietilene, da tre montanti metallici che sostengono superiormente un anello con un appoggio ioideo e due occipitali che stimolano l'iperestensione vertebrale e la correzione attiva; utilizzato soprattutto nelle scoliosi toraciche alte e nelle cervico-toraciche, nelle forme infantili e congenite. È di riconosciuta efficacia ma di altrettanta scarsa compliance;
- Corsetto di Cheneau (Figura 5B): corsetto monovalva in polietilene con allacciatura anteriore e ascellari che si raccordano anteriormente in una chiusura sternale; permette la correzione sino a D4 di curve abbastanza riducibili;

- Corsetto Lionese (Figura 5C): caratterizzato da una rigidità maggiore rispetto al corsetto di Cheneau; ne mantiene le indicazioni in curve estese cranialmente fino a D4 con gibbosità sino a 20 mm;
- Corsetto Boston (Figura 5D): corsetto monovalva con allacciatura posteriore che avvolge il tronco a livello della linea sottomammaria, più basso posteriormente; trova indicazione soprattutto nelle curve lombari.

Dibattuto è anche il numero di ore della giornata durante le quali il corsetto debba essere indossato; è verosimile credere che un utilizzo prolungato sia da preferire; tuttavia, sebbene non esistano dati relativi in letteratura, ci si può sentire autorizzati a sostenere che più una scoliosi è grave, più il corsetto vada indossato.

Chinesiterapia della scoliosi

Il trattamento chinesiterapico delle scoliosi passa attraverso una serie di attenzioni alle caratteristiche della colonna: biomeccaniche, muscolari, legamentose e neuro-motorie.

La letteratura scientifica prodotta finora conta pochi lavori di alta evidenza, per lo più effettuati su condizioni di deformità scoliotiche molto selettive e su singoli

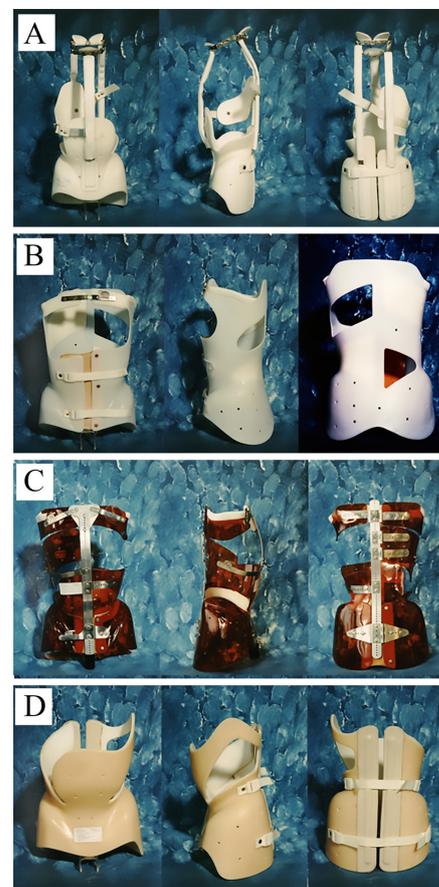


Figura 5. Corsetti per deformità del rachide. A) Corsetto di Milwaukee. B) Corsetto di Cheneau. C) Corsetto Lionese. D) Corsetto Boston.

elementi metodici di ginnastica vertebrale specifica [25].

La maggior parte delle pubblicazioni sono di basso impatto, tuttavia costituiscono una base solida dell'intervento chinesiterapico sulle scoliosi, affrontando argomenti biomeccanici complessi e fornendo risposte specifiche ed efficaci, traducibili in un rallentamento o un arresto dell'evoluzione delle deformità [26].

D'altra parte gli studi approfonditi sull'evoluzione delle scoliosi permettono di seguire e adeguare puntualmente il programma di esercizi per il trattamento chinesiterapico delle deformità, mantenendo una perfetta aderenza ai criteri consolidati che emergono dai pochi studi di alta evidenza: stabilità delle curve, derotazione vertebrale, adattamento della posizione della colonna attraverso input neuromotori esercitati sotto carico assiale.

La specificità di intervento, la localizzazione delle curve, l'acuità dei gibbi toracici e le caratteristiche condizionanti del paziente (costituzione, forza, elasticità, mobilità) sono elementi peculiari per la strategia di trattamento, considerando inoltre i fattori di ossificazione della colonna e di crescita somatica che determinano cambiamenti sull'applicazione delle forze e sull'efficacia di alcuni tipi di esercizi, durante tutto il periodo di trattamento.

In ogni caso, è già stato provato che, tra quelle citate in letteratura, non esiste una tecnica esclusiva di trattamento che può essere maggiormente efficace, ma piuttosto un uso sapiente di tutte le strategie di ginnastica che possano determinare un cambiamento del tono e della lunghezza di singoli gruppi muscolari ed educare a un autosostegno localizzato della curva scoliotica, a un apprendimento e percezione delle posture di compenso, dei volumi cor-

porei e più specificatamente delle deformità toraciche.

Nella lenta evoluzione di una scoliosi, la chinesiterapia si può rivelare una strategia di trattamento altamente efficace, tanto più è specifica, adattata alla deformità e al soggetto, perentoriamente monitorata e revisionata, perfettamente aderente ai criteri di stabilità della colonna in condizioni di carico assiale e, non meno importante, somministrata con una distribuzione settimanale che possa determinare cambiamenti stabili nel tempo e verificabili.

Non siamo in grado, al momento, di sapere con certezza quale sia l'efficacia assoluta del trattamento chinesiterapico nell'evoluzione di una scoliosi, per classificazione o criteri strutturali comparabili. Tuttavia siamo certi che l'efficacia relativa sia stata dimostrata con le pubblicazioni di studi di osservazione, sufficienti a far capire che il solo trattamento ortesico o la ginnastica non specifica non sono in grado di contrastare efficacemente le deformità, presumibilmente per la mancanza di un'educazione al controllo tonico e neuromotorio della muscolatura vertebrale, acquisibile con maggiore facilità proprio nel periodo di crescita pre-adolescenziale [11].

Intervento chirurgico

Diverse tecniche sono state descritte in letteratura; tuttavia tutte si basano sullo stesso principio, e cioè l'eliminazione dei mezzi di fissità (articolazioni posteriori, retrazioni discali, deformazioni costali), correzione delle deformità e, quindi, stabilizzazione.

Sebbene i primi interventi vengano fatti risalire al 1911, fu Harrington che nel 1953 introdusse il primo sistema di stabilizzazione (Figura 6A). Nel 1970, Luque introdusse i fili sottolaminari che veniva-

no legati alla barra di Harrington, per aumentare la correzione e la stabilità. Si deve però a Cotrel-Dubousset il primo utilizzo della doppia barra e delle viti transpeduncolari.

Le tecniche moderne vengono sommariamente divise in anteriori e posteriori.

Nel recente passato, il doppio approccio, anteriore e poi posteriore, era probabilmente molto indicato nelle curve piuttosto gravi. Esso permetteva difatti di eseguire un release dei sistemi di fissità anteriore e poi, attraverso un approccio posteriore, di correggere e stabilizzare le curve.

Nel ultimi anni l'approccio anteriore è stato meno praticato, anche per una maggiore morbilità e per problemi respiratori e polmonari associati all'intervento anteriore. Peraltro il miglioramento dei materiali e degli strumentari oggi permette importanti correzioni, senza in realtà la necessità di un release anteriore (Figura 6B).

Vi è abbastanza consenso in letteratura sul valore da considerare limite per il trattamento chirurgico.

Diversi autori infatti identificano i 45 gradi come il valore limite oltre il quale vi sarebbe indicazione chirurgica.

In realtà tale concetto non è così rigido e dipende dalle condizioni della colonna e dal suo equilibrio, dall'eventuale velocità di peggioramento, dalla localizzazione delle curve e dalla risposta al trattamento conservativo. L'intervento chirurgico comunque irrigidisce una colonna, per cui espone il paziente a soffrire negli anni seguenti di sindrome giunzionale, cioè una sindrome da sovraccarico degli elementi vicini al segmento stabilizzato.

Il dorso curvo

Si parla normalmente di dorso curvo riferendosi a un aumento della normale cifosi dorsale.

Se l'identificazione della normalità può essere relativamente semplice sul piano coronale, diviene più complesso sul piano sagittale. L'aspetto clinico e radiografico, infatti, dipendono da diversi fattori quali l'anatomia specifica, la tensione muscolare, il grado di correzione che assume il paziente al momento dell'esame obiettivo e della radiografia (spesso influenzato dalla posizione degli arti superiori) (Figura 7). Anche l'età del paziente ha la sua importanza nella definizione di normalità: il neonato presenta un'unica curva cifotica; successivamente, con l'assunzione della posizione eretta, si sviluppa dapprima la lordosi lombare e successivamente la cifosi dorsale.

È quindi difficile dare dei valori di riferimento, e anche in letteratura vi è un certo grado di confusione.

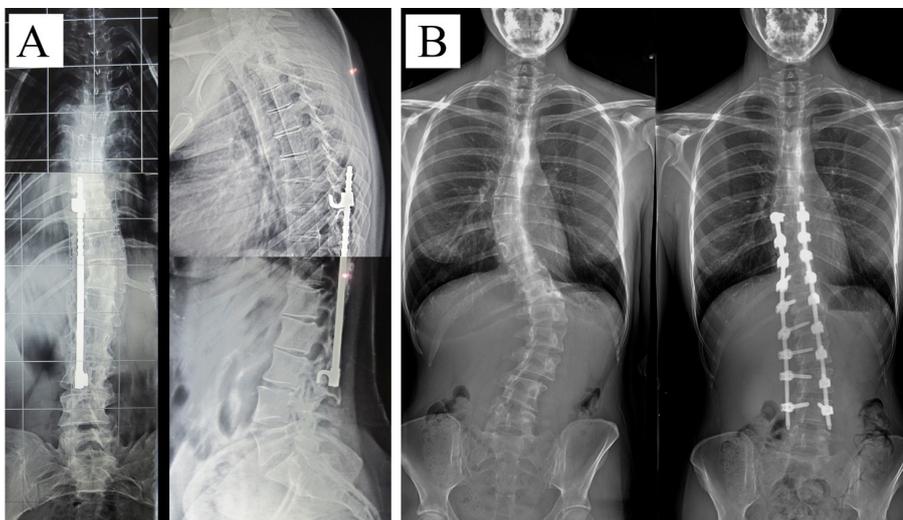


Figura 6. Scoliosi: interventi chirurgici. A) Scoliosi trattata con asta di distrazione di Harrington. B) Moderno sistema di stabilizzazione con viti transpeduncolari e barre: il grado di correzione raggiungibile con questi sistemi rende l'approccio anteriore di elezione nei casi più gravi.

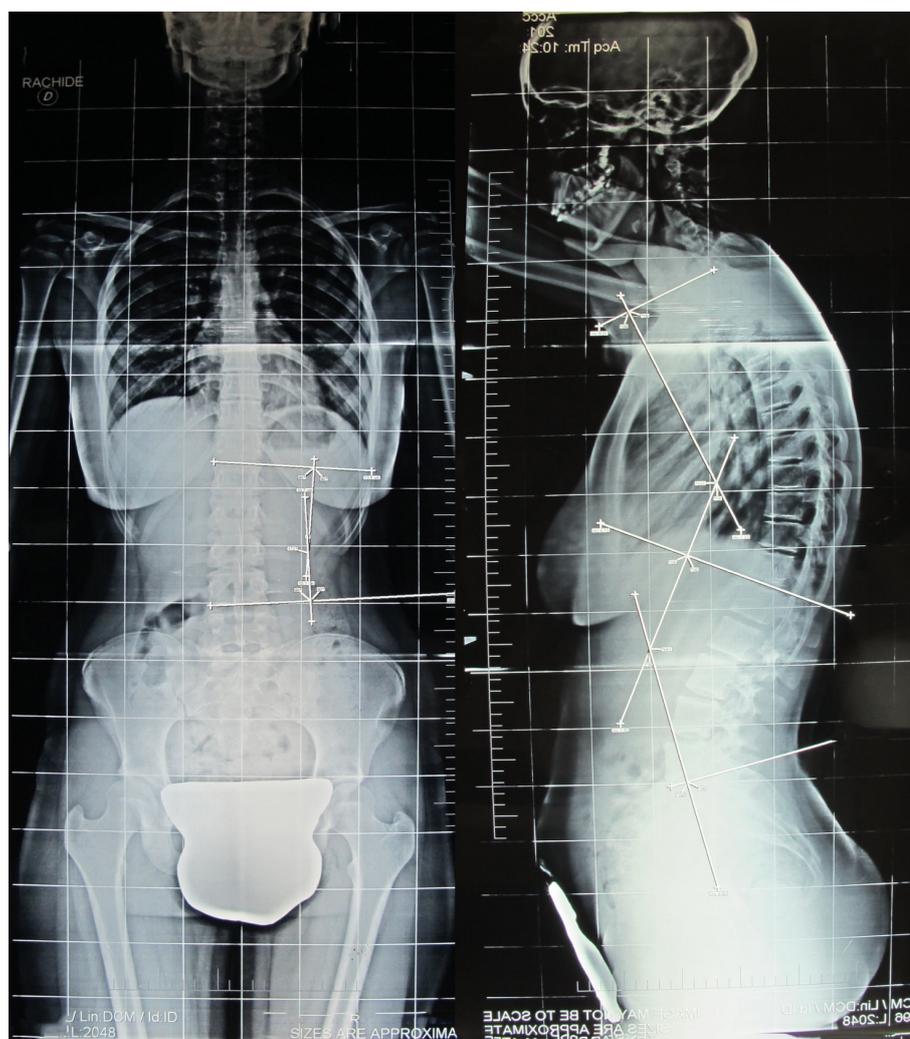


Figura 7. Esame radiografico di paziente affetta da dorso curvo (Risser 3).

Bernhardt e coll. riportano valori di cifosi “normale” compresi tra 9° e 53° Cobb misurati da T3 a T12 [27]; Stagnara e coll. sostengono una normalità per valori compresi tra 30° e 50° , misurati tra il piatto superiore di T4 e il piatto inferiore della vertebra di passaggio con la lordosi (solitamente L1) [28]; Boulay invece estende il valore di normalità sino a $83,5^\circ$ [29].

Un buon punto di riferimento, forse oggi più utilizzato, potrebbe essere quello fornito dalla ScoliosisResearch Society che identifica valori di normalità compresi tra 10° e 40° , misurando la curva da T5 a T12 [30].

Diverse possono essere le cause di dorso curvo: identifichiamo infatti il dorso curvo posturale, il dorso curvo osteocondrosico (morbo di Scheurman), le forme congenite associate a malattie cerebrali e muscolari, le forme secondarie a tumori della colonna (cedimenti vertebrali), il dorso curvo postchirurgico (associato frequentemente a laminectomia non strumentata), secondario a tumori (ad esempio a cedimento vertebrale), correlato a infezioni (tubercolosi e morbo di Pott).

Il morbo di Scheuermann

Descritto per la prima volta dal radiologo danese Holger Werfel Scheuermann, è causato da una degenerazione dei nuclei di ossificazione secondaria della colonna, che va da un piccolo numero di vertebre sino a coinvolgere l'intera colonna vertebrale [31]. Si riscontrano un processo di frammentazione della cartilagine di accrescimento del piatto vertebrale, una maggiore quantità di proteoglicani e una minore percentuale di collagene nel tessuto osseo; questo determinerebbe la deformazione a cuneo dei corpi vertebrali, poi causa di ipercifosi [32].

L'eziologia non è nota, sebbene sia stata notata una certa familiarità [33]. Diversi autori sostengono l'importanza di fattori meccanici: attività fisiche con ripetuti carichi assiali su una colonna immatura potrebbero facilitare l'insorgenza della malattia; inoltre i pazienti affetti sarebbero in media più grassi e bassi dei controlli, e gravati da una diminuzione della densità ossea [34]; tuttavia queste caratteristiche potrebbero essere secondarie e derivare da problemi ormonali [35,36].

Si distingue una forma classica dorsale, detta di tipo I, e una forma dorso-lombare, detta di tipo II [37].

Il morbo di Scheuermann insorge solitamente prima della pubertà, ma diviene sintomatico nell'adolescenza, durante il massimo accrescimento staturale (più comunemente tra 12 e 15 anni).

La sintomatologia è costituita dalla presenza dell'ipercifosi dorsale (tipo I) o dorso-lombare (tipo II), accompagnata da dolore che tipicamente insorge dopo stazione seduta prolungata. Le lordosi cervicali e lombari possono anche essere aumentate per compensare la cifosi. Di solito la sintomatologia dolorosa termina con l'accrescimento staturale ed è maggiore nel tipo II rispetto al tipo I [38]. Il tipo II tuttavia non è progressivo e il dolore si risolve con il riposo [37].

Le caratteristiche radiologiche sono diretta conseguenza del rimodellamento osseo secondario a una alterata reazione ossea al carico e allo stress; è possibile identificare l'ipercifosi (un angolo T3-T12 $> 45^\circ$ di Cobb), la deformazione a cuneo di almeno tre corpi vertebrali (maggiore di 5° per corpo vertebrale), l'irregolarità dei piatti vertebrali, i noduli di Schmorl (erniazioni del nucleo polposo discale nel corpo vertebrale sottostante), e il restringimento degli spazi discali per prematura degenerazione [39].

Un segno associato frequentemente al morbo di Scheuermann è uno sterno corto che potrebbe agire come fulcro primario aumentando le forze di compressione sulla porzione anteriore dei corpi vertebrali [40].

Storia naturale

Purtroppo non esistono in letteratura dati sistematici riguardanti la storia naturale del morbo di Scheuermann; Murray e coll. [41] seguivano, per un follow-up medio di 32 anni, 67 pazienti affetti da morbo di Scheuermann e trovavano che coloro che svolgevano dei lavori più leggeri avevano un maggiore mal di schiena rispetto al gruppo di controllo; il 38% dei soggetti inoltre si lamentava di avere un dolore che interferiva con le comuni attività quotidiane, contro il 21% dei controlli. Complicanze neurologiche, cisti durali ed ernie discali toraciche sono comunque state descritte in piccole serie di pazienti [42-44].

Trattamento conservativo

Il trattamento conservativo si basa sulla chinesioterapia e sull'utilizzo di corsetti anticifosanti.

Il corsetto è solitamente proposto per ipercifosi dorsali maggiori di 55° e per cifosi dorso-lombari maggiori di 40° , fino al raggiungimento della maturità ossea; dovrebbe essere indossato per un periodo superiore alle 20 ore al giorno in fase iniziale

per poi arrivare a circa 12 ore al giorno una volta raggiunta la correzione voluta [45]. Il corsetto non avrebbe nessun impatto sulla patologia in pazienti con Risser 4 e 5 [46]. Tuttavia anche in questo caso i dati presenti in letteratura sono frammentari.

Weiss e coll. evidenziavano come il trattamento conservativo abbia soprattutto effetto sul dolore in maniera statisticamente significativa [47].

Montgomery ed Erwin riportavano il risultato del trattamento conservativo con un busto di Milwaukee modificato su 39 pazienti per un periodo di 18 mesi: la cifosi dorsale passava da una media di 62° a inizio trattamento a una media di 41° a fine trattamento; tuttavia, dopo ulteriori 18 mesi di follow-up, si verificava una perdita media di 15° di correzione; concludevano sostenendo l'importanza del busto per valori di cifosi maggiori di 75° [48].

Sachs e coll. riportavano il risultato del trattamento con busto di Milwaukee in 120 pazienti con follow-up di almeno cinque anni dalla fine del trattamento. Dei 110 che indossavano consistentemente il busto, 76 ottenevano una correzione, 24 un peggioramento e 10 rimanevano invariati; sette dei 24 peggiorati andavano successivamente incontro a trattamento chirurgico [46].

Chinesiterapia del dorso curvo

I principi biomeccanici che regolano il potenziale evolutivo dell'ipercifosi (legge di Delpech) si esprimono su un solo piano dello spazio, ovvero quello laterale, che diventa il piano d'elezione per l'impostazione della strategia di trattamento.

Le pubblicazioni scientifiche sulla chinesiterapia dell'ipercifosi purtroppo risentono della stessa penuria di quelle sulla scoliosi, almeno se orientiamo una revisione bibliografica solo agli studi di alta

evidenza. Tuttavia bisogna tener presente che i criteri di outcam sono molto condizionati dalla mancanza di strumenti obiettivi validati o di studi di validazione sulle metodiche di misurazione clinica dell'ipercifosi [49]. Per questa ragione, come per gli studi sulle scoliosi, per molto tempo sono state usate schede di valutazione visuo-analogiche (VAS), principalmente SRS-22, SRS-22Ri, come standard per gli studi comparativi che però sono alla base della bassa evidenza presente in letteratura [50].

Il trattamento consiste nel localizzare le aree di estensione e attivare selettivamente i muscoli deputati al controllo della posizione (medi e superficiali) e quelli deputati all'estensione della zona vertebrale oggetto di trattamento (profondi). Le tecniche di mobilizzazione in estensione toracica localizzata, talvolta in posizioni facilitanti della colonna (es. quadrupedia), vengono riservate al trattamento delle ipercifosi rigide. La ginnastica vertebrale anticifogante che comprende metodiche di allungamento dei muscoli della catena cinetica posteriore, estensione localizzata in auto-elongazione vertebrale, accorciamento selettivo isometrico in corsa interna (Borelli-Weber) dei muscoli del cingolo scapolare e tono-trofismo isometrico della muscolatura che interviene sui centri di stabilità, caudale e craniale, del tratto toracico di riferimento, costituiscono il gold-standard del trattamento specifico.

I risultati della chinesiterapia per le ipercifosi sono maggiormente riscontrabili nella letteratura europea e pongono l'accento sul fatto che, essendoci componenti biomeccaniche minori rispetto alle scoliosi, è più semplice ottenere dei risultati di arresto delle deformità o addirittura di inversione della tendenza evolutiva.

Intervento chirurgico

La chirurgia è indicata raramente; l'unica indicazione assoluta è la comparsa di deficit neurologici secondari alla deformità; le altre indicazioni quali la deformazione progressiva con angoli superiori a 80° e il dolore incontrollabile sono comunque da considerare relative.

La chirurgia si basa sulla mobilizzazione, sulla correzione della deformità e sulla stabilizzazione. Due sono le principali tecniche: doppio accesso anteriore e posteriore, e accesso solo posteriore.

Nel primo caso il tempo posteriore è preceduto da un tempo di release anteriore. Ciò permetterebbe un maggiore grado di correzione, l'allungamento della colonna anteriore e l'eliminazione dei meccanismi di fissità quale il legamento longitudinale anteriore retratto, ma anche maggiori rischi chirurgici (emotorace, pneumotorace, effusione pleurica, infezioni e paraplegia) [51].

Durante il tempo posteriore si eseguono osteotomie degli elementi posteriori, si posizionano le viti transpeduncolari e le barre, e si eseguono correzione e stabilizzazione della curva.

Sebbene teoricamente il doppio approccio dovrebbe garantire migliori risultati, recenti studi ne hanno sconfessato la superiorità, mettendo in evidenza una sostanziale sovrapposizione, facendo perciò preferire l'approccio posteriore esclusivo per i minori rischi operatori [52].

Gli Autori dichiarano: l'assenza di conflitti di interesse; di non avere ricevuto alcun finanziamento per la realizzazione del manoscritto.

✉ carminezoccali@libero.it

La bibliografia è consultabile online.



Attrazione fatale

L'ingestione di batterie a bottone e di magneti sta assumendo dimensioni e diffusione realmente allarmanti tra i bambini. I rischi sono ormai ben noti e segnalati ripetutamente in letteratura. Nel caso di ingestione multipla di magneti la possibilità che l'attrazione tra i singoli magneti crei lesioni importanti della parete intestinale è concreta. La loro capacità attrattiva è fino a 10 volte superiore a quella delle tradizionali "calamite". L'intervento chirurgico è, a questo punto, obbligatorio. Negli USA, il fenomeno ha avuto tale rilievo (fino a 3000 casi/anno di sospetta ingestione) da indurre, nel 2012, le associazioni dei consumatori e le autorità governative a mettere al bando la produzione e commercializzazione degli elementi magnetici tipo sfere e cilindretti (composti da ferro, boro e neodimio) contenuti nei giochi. Un ampio studio retrospettivo (Reeves PT, et al. *JPGN* 2018;66:e116-e121) esteso a tutti gli USA su oltre 16.000 visite di Pronto Soccorso per ingestione di corpi estranei – e circa 500.000 accessi stimati in tutto il paese – ha consentito di verificare una netta diminuzione (24,8%) dei casi di ingestione di magneti dopo l'entrata in vigore delle disposizioni restrittive. Merito anche, probabilmente, delle pressanti campagne di sensibilizzazione rivolte al pubblico e avviate dal 2012 in poi. La messa al bando dei magneti ha incontrato molte opposizioni e tentativi di elusione da parte di produttori e rivenditori e, comunque, in Italia non siamo al corrente di analoghe forti prese di posizione in questo senso. Avvertiamo i genitori dei possibili rischi, anche perché magneti molto piccoli, ma di grande potenza, sono ancora facilmente acquistabili nel Web per pochi euro.

Enrico Valletta

Una schiena diritta



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)

“... prima o poi sapevo dentro di me che sarebbe arrivato il giorno in cui avrei dovuto mettere il busto, pensavo di essere pronta, ma di fronte a quell'orribile oggetto di plastica non ho retto. Non volevo neanche provarlo, quando l'ho fatto mi sono sentita compressa, non riuscivo a respirare o a muovermi. 'Solo qualche ora al giorno mi è stato detto all'inizio, poi piano piano... ti abituerai'. La prima notte con il busto ho sognato di essere diventata una tartaruga prigioniera nel suo guscio, a scuola all'inizio mi nascondevo con maglie 3-4 taglie più grandi di me. Il momento più bello è quando corro, mi sento libera, fuori dal guscio, corro e corro... Dopo un po' mi sono quasi abituata, quasi, e ho imparato alcune cose, per esempio che non posso mangiare e mettere subito il busto, se mi cade qualcosa per terra devo abbassarmi diversamente, d'estate dormo con l'aria condizionata. Sono riuscita anche a escogitare dei modi carini per vestirmi da ragazza di 15 anni quale sono! E poi le mie amiche sono state di grande aiuto...”

CAROLINA, ORA USCITA DAL GUSCIO

Che cosa è la scoliosi?

La nostra colonna vertebrale è naturalmente curva, e questo per un motivo ben preciso, ossia per distribuire il peso del nostro corpo in maniera armonica. Non capita spesso di guardare una radiografia della colonna vertebrale; tuttavia, osservata in proiezione antero-posteriore, come si dice in gergo tecnico, ossia di fronte, essa appare diritta, mentre in proiezione laterale, cioè di profilo, si osserva come, a partire dal collo, quindi dalle prime vertebre cervicali della colonna iniziando dalla testa, si disegna una prima lieve curvatura in avanti. Le dodici vertebre toraciche si curvano poi leggermente dietro, e l'ultimo tratto, chiamato lombare, che supporta la gran parte del nostro peso, si curva anch'esso in avanti mentre si avvicina al bacino.

Si parla di scoliosi quando la colonna si curva in maniera anomala e/o quando subisce una rotazione. Ci sono gradi diversi di scoliosi, da forme lievi e forme gravi; le forme lievi spesso vengono solo monitorate nel tempo, specialmente nelle fasi della crescita di un bambino o adolescente; quelle più gravi necessitano di correzione, e quindi di un trattamento specifico.

Quali sono le cause della scoliosi?

La scoliosi è una condizione abbastanza frequente, soprattutto nel periodo dell'adoles-

scenza, e maggiormente nelle ragazze: su 100 persone, 2 hanno la scoliosi. Le cause sono diverse, ma su 5 ragazze affette da scoliosi 4 hanno una forma che si definisce idiopatica, un termine usato in medicina per dire che la causa non è nota. Tuttavia c'è una familiarità per la scoliosi: spesso, ascoltando la storia della famiglia, compare il racconto di un genitore o di un altro parente con scoliosi.

Quante forme di scoliosi ci sono?

- La scoliosi idiopatica è la forma più comune la cui causa non si conosce, c'è una familiarità e forse una base genetica ancora oggetto di studio.
- La scoliosi congenita è una rara forma di scoliosi presente fin dalla nascita.
- La scoliosi neuromuscolare è legata a una anomalia dei muscoli o dei nervi che sostengono la colonna. Sono forme secondarie a malattie come la spina bifida, la paralisi cerebrale infantile o la distrofia muscolare.

In base all'età in cui la scoliosi si manifesta si distinguono

- Una scoliosi infantile: quando si manifesta prima dei 3 anni.
- Una scoliosi giovanile: quando si manifesta tra i 4 e i 9 anni.
- Una scoliosi adolescenziale: quando si manifesta tra i 10 anni e la maturità.

Quali sono i sintomi che possono suggerire una scoliosi?

- una curvatura eccessiva della colonna
- una spalla più bassa dell'altra
- un infossamento a livello del torace
- una postura in posizione eretta che tende a inclinarsi da un lato
- un fianco più alto dell'altro

Spesso il sospetto di scoliosi viene fatto dal pediatra durante una visita di controllo che in età preadolescenziale e adolescenziale viene periodicamente eseguita. Ciò è dovuto al fatto che la scoliosi può progredire lentamente nel tempo per mesi o qualche anno, per poi rapidamente manifestarsi nel periodo di massima crescita, cioè nel periodo dell'adolescenza.

Come si diagnostica?

La scoliosi si diagnostica in tre passi:

- raccogliendo una storia accurata del ragazzo o ragazza e della famiglia alla ricerca di altri casi di scoliosi;

- con un esame clinico completo e accurato;
- con una radiografia della colonna vertebrale.

I tre passi sono necessari affinché il pediatra possa inquadrare la situazione, formulare un sospetto fondato di scoliosi e inviare allo specialista, ortopedico o fisiatra purché esperto, e per evitare inutili esposizioni a radiografie non appropriate. Non tutte le curve o gli atteggiamenti strani di un ragazzo o ragazza sono legati a una scoliosi.

L'esame clinico eseguito dal pediatra valuta la presenza di eventuali segni sospetti, utilizzando, se necessario, semplici ma precisi strumenti di valutazione, come lo scoliometro che misura l'entità della curvatura della colonna, e un semplice metro per misurare la lunghezza degli arti.

Come si cura la scoliosi?

A seconda della gravità e della progressione della curva, nel caso in cui lo specialista ritenga necessario intervenire con una terapia, può prescrivere:

- **Il busto o corsetto:** si applica dopo una accurata valutazione specialistica in base al grado di scoliosi, e si monitora periodicamente. Ci sono vari tipi di corsetti, e oggi sono molto meno “invasivi” rispetto al passato. Normalmente vengono indossati per alcune ore durante la giornata fino alla completa crescita della colonna, generalmente tra i 17 e i 18 anni per le ragazze e i 18-19 anni per i ragazzi. Dover portare un busto non controindica l'attività fisica se non per gli sport da contatto o il trampolino.
- **L'intervento chirurgico:** è indicato nelle scoliosi severe, quando la terapia col busto non è sufficiente.

Aiutare i ragazzi ad aiutarsi

Solo il 50% degli adolescenti indossa un busto quando prescritto. Ai genitori tocca un compito difficile, quello di far capire l'importanza di tale intervento in un momento della vita, quello dell'adolescenza, in cui si è alla ricerca di una identità e di una sicurezza in se stessi. Nei casi più difficili il pediatra può consigliare un supporto psicologico per superare questo momento.

Per dubbi o ulteriori informazioni chiedete consiglio al vostro pediatra.

✉ doc.manetti@gmail.com

Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVII



Pubblighiamo in questo numero tre comunicazioni orali presentate al congresso di Tabiano

Battiti ectopici ventricolari nel bambino... molto rumore per nulla?

Giulia Bardasi*, Gabriele Bronzetti**, Andrea Danti**, Andrea Pession*

*UO di Pediatria, Dipartimento della donna, del bambino e delle malattie urologiche, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna; **Dipartimento di Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

Annalisa, 10 anni, nata a termine da parto spontaneo dopo gravidanza normodecorsa, peso alla nascita 3450 g. Adattamento perinatale, sviluppo psicomotorio e crescita regolari. Nulla di rilevante da segnalare in anamnesi remota. Asintomatica a riposo e sotto sforzo. Obiettività cardio-toraco-addominale nella norma.

In previsione di un corso di nuoto organizzato dalla scuola in orario extrascolastico (attività fisico-sportiva parascolastica), su indicazione del pediatra di famiglia, esegue per la prima volta un elettrocardiogramma per il rilascio dell'idoneità sportiva non agonistica [1]. L'elettrocardiogramma rileva battiti ectopici ventricolari (BEV) monomorfi. Per tale ragione il pediatra non rilascia il certificato di idoneità, sconsiglia lo svolgimento di qualsiasi attività fisica e richiede visita cardiologica.

La valutazione cardiologica inizia con un'accurata anamnesi che rileva assenza di familiarità per cardiopatie congenite e morte improvvisa in giovane età per cause cardiache o sconosciute. Annalisa risulta inoltre asintomatica per angore, dispnea ed episodi sincopali. All'esame obiettivo risultano cute e mucose rosee, non edemi, non turgore giugulare, non epatosplenomegalia, toni cardiaci validi in successione ritmica, assenza di soffi patologici. Vengono eseguiti: elettrocardiogramma a riposo che evidenzia ritmo sinusale, normale conduzione atrio-ventricolare con coppie e triplette di extrasistoli ventricolari monomorfe, blocco di branca sinistra e asse verticale, asse QRS nella norma, QTc nella norma (Figura 1); eco-color-dopplergrafia cardiaca: normali spessori, volumi e funzione biventricolare, FE 60%, normali

apparati valvolari, normali pressioni polmonari, normale origine coronarica, non shunt, non versamenti.

Al termine della visita viene dato l'assenso alla ripresa delle normali attività fisiche per età e, a completamento diagnostico, vengono richiesti il monitoraggio ECG Holter delle 24 ore (che rileva una frequentissima extrasistolia ventricolare monomorfa con frequenti tachicardie ventricolari non sostenute, circa 40.000 battiti, talora in salve) e prova da sforzo con tapis roulant che documenta completa soppressione delle extrasistolie nel corso dell'esame.

Viene pertanto concessa l'idoneità sportiva non agonistica ma, vista la numerosità dei BEV all'ECG Holter si decide per un tentativo terapeutico. Si intraprende quindi terapia antiaritmica con un beta-bloccante (nadololo), che viene sospesa dopo qualche settimana per inefficacia (non effetti significativi sulla quantità di extrasistoli). Vista l'assenza di sintomi e di cardiopatia, non si sono testati altri farmaci, considerando i potenziali effetti avversi e i riflessi psicologici di una terapia cronica. Attualmente Annalisa non assume alcuna terapia cardioattiva e si mantiene asintomatica, svolgendo attività fisica senza problemi. Il suo follow-up prevede controlli

cardiologici annuali comprensivi di elettrocardiogramma.

Discussione

I BEV (singoli o in coppie/triplette) sono l'anomalia più comunemente riscontrata negli elettrocardiogrammi eseguiti in bambini peraltro asintomatici, nell'ambito dello screening previsto dal 2014 in Italia per il rilascio dell'idoneità sportiva non agonistica.

Si tratta di una condizione benigna che spesso si risolve spontaneamente nel tempo e che non determina un aumentato rischio di eventi avversi in assenza di una cardiopatia strutturale sottostante. Una recente revisione pubblicata da Drago e coll. [2] focalizza l'attenzione sul percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per meglio definire e di conseguenza gestire questa aritmia.

La preoccupazione maggiore riguarda il fatto che i battiti ectopici ventricolari possono sottendere una cardiopatia strutturale oppure, nel lungo termine e in caso di quantità > 30.000 BEV/die, compromettere la funzionalità del ventricolo sinistro a causa delle continue dissincronie.

Complessi prematuri ventricolari si registrano nel 18% dei neonati sani con normale struttura e funzionalità cardiaca e

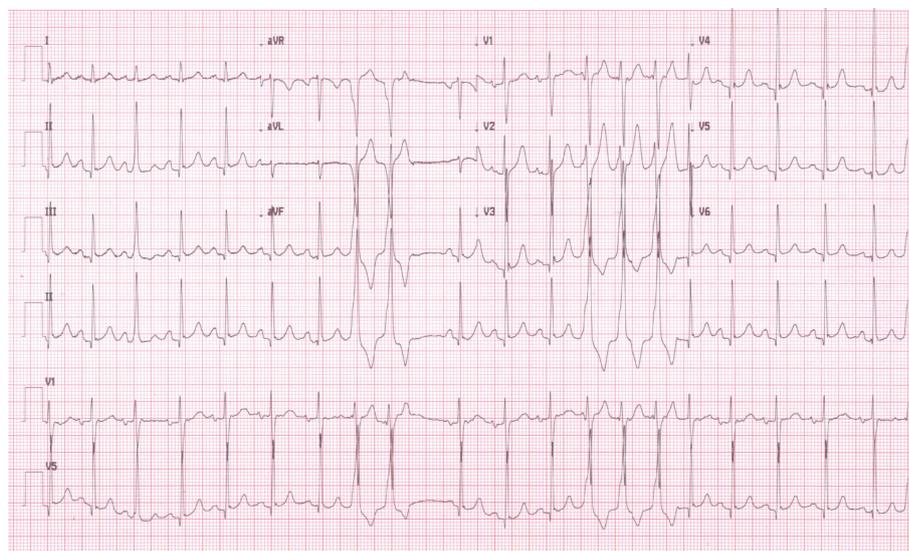


Figura 1. ECG a riposo che mostra coppie e triplette di extrasistoli ventricolari monomorfe, blocco di branca sinistra e asse verticale.

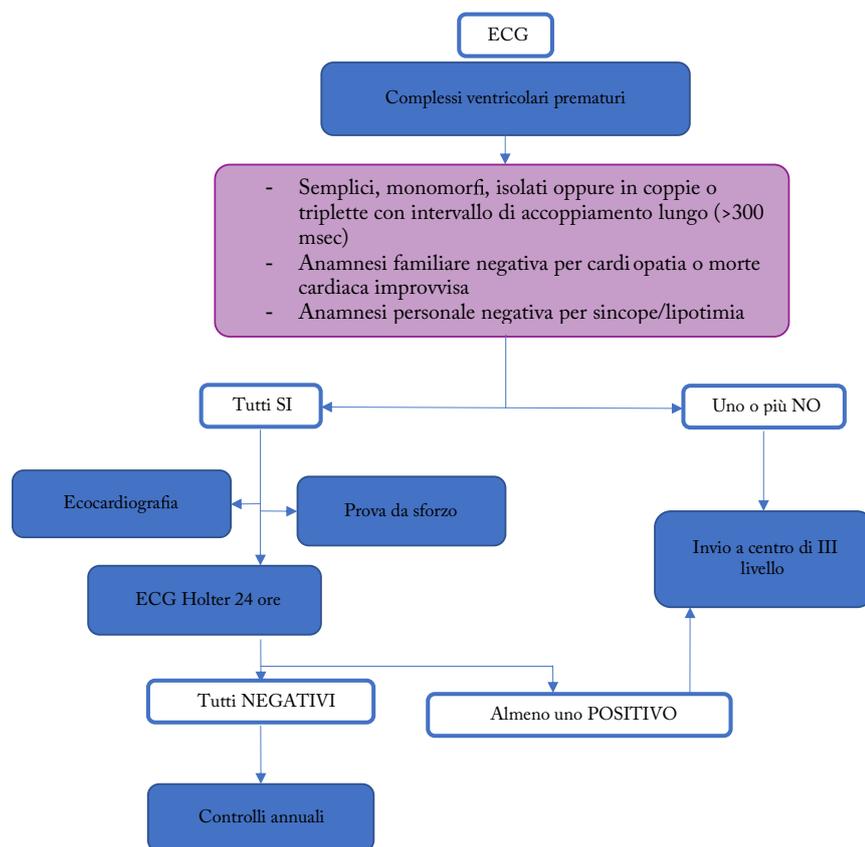


Figura 2. Flow chart diagnostica per il riscontro elettrocardiografico di extrasistolia ventricolare.

scompaiono entro l'anno di vita senza reliquati.

Nel bambino e nell'adolescente, i pochi studi finora condotti hanno rilevato che l'assenza di cardiopatia strutturale si correla con una minore morbilità e un maggiore tasso di guarigione spontanea, così come l'origine dal ventricolo sinistro dell'impulso ectopico. Tuttavia non ci sono ancora evidenze definitive sull'associazione tra numero e caratteristiche dei BEV e disfunzione ventricolare, come ampiamente dimostrato nella popolazione adulta. Anche l'efficacia della procedura di ablazione del focus ectopico, consolidata nell'adulto con un elevato tasso di successo, è ancora dibattuta, tanto più che tale procedura presenta il rischio intrinseco di residui cicatriziali che potrebbero essere causa di disfunzione sistolica e aritmie.

Tra i bambini il cui elettrocardiogramma rileva battiti ectopici ventricolari, di varia morfologia e complessità, circa l'85% è totalmente asintomatico e la scoperta è del tutto casuale. Il restante 15%, in genere di età superiore ai 12 anni, esegue l'esame per approfondire una sintomatologia caratterizzata da cardiopalmo o sensazione di irregolarità del battito.

Una volta che tale aritmia venga identificata, il work-up diagnostico (Figura 2) deve mirare ad escludere la presenza di cardiopatia strutturale, di canalopatie e di tachicardia ventricolare nelle 24 ore, preferibil-

mente durante lo sforzo. Nel nostro caso si tratta di una aritmia a origine dall'infundibolo del ventricolo destro, la forma più frequente di extrasistolia ventricolare idiopatica dell'età giovanile con una certa prevalenza nel genere femminile. Questa particolare sede anatomica deve fare escludere in particolare la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, condizione ad alta espressione aritmica con iniziale e principale interessamento del ventricolo destro.

Una volta indagata anamnesticamente la familiarità per cardiomiopatia congenita o morte cardiaca improvvisa, i test diagnostici di routine comprendono:

- 1 elettrocardiogramma a riposo, con particolare attenzione alla fase di ripolarizzazione;
- 2 eco-color-dopplergrafia cardiaca per escludere una cardiopatia strutturale;
- 3 test da sforzo per dimostrare la soppressione dell'aritmia e la non inducibilità della stessa durante l'esercizio;
- 4 monitoraggio ECG Holter delle 24 ore per determinare il numero e le caratteristiche dei battiti ectopici ventricolari.

Test di secondo livello (RMN cardiaca, studi elettrofisiologici endocavitari e test genetici) vanno richiesti in caso di risultati non conclusivi delle indagini di base e sono di competenza di centri di terzo livello. Il follow-up, mediamente annuale, deve comprendere, oltre alla visita cardiologica con ECG, un ecocardiogramma (per

escludere alterazioni della funzione ventricolare dovute alle extrasistoli o a una latente cardiopatia), un monitoraggio Holter delle 24 ore e/o un test da sforzo.

Conclusioni

La presenza di BEV in soggetti senza cardiopatia strutturale o canalopatie sottostanti e senza familiarità per morte cardiaca improvvisa non si associa a un aumentato rischio di eventi cardiaci avversi, pertanto non dovrebbe portare a restrizioni all'attività fisica, sia essa agonistica o meno, a maggior ragione se la prova da sforzo rileva la scomparsa dei complessi prematuri e la non inducibilità di tachicardie ventricolari durante lo sforzo. In caso di cardiopatia sottostante, il rischio di eventi avversi è strettamente correlato al tipo di anomalia e andrà analizzato caso per caso dallo specialista [3].

✉ giulia.bardasi@gmail.com

1. Ministero della Salute. Decreto 8 agosto 2014 "Approvazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale - 18/10/2014 n. 243.

2. Drago F, Leoni L, Bronzetti G, et al. Premature ventricular complexes in children with structurally normal hearts: clinical review and recommendations for diagnosis and treatment. *Minerva Pediatrica* 2017;69:427-33.

3. Biffi A, Delise P, Zeppilli P, et al. Italian Cardiological Guidelines for Sports Eligibility in Athletes with Heart Disease: Part 1. *J Cardiovasc Med* 2013;14(7):477-99.

Correre o non correre? Le anomalie coronariche e la concessione dell'idoneità agonistica

Federica Persico*, Bertrand Tchana**

* Scuola di Specializzazione in Pediatria, AOU di Parma

** Cardiologia Pediatrica, AOU di Parma

Il dolore toracico costituisce una tra le più frequenti cause di accesso presso i PS pediatrici: è un sintomo che solitamente allarma molto i genitori e che spesso viene considerato, nell'immaginario comune, come sinonimo di patologia cardiaca. Si può manifestare a tutte le età, anche se è più frequente negli adolescenti e nei bambini in età scolare; l'età media di presentazione è di 11,9 anni. Il 95% dei casi di dolore toracico non è causato da patologie potenzialmente pericolose o che mettono a repentaglio la vita del paziente. Le cause più frequenti sono legate a patologie muscolo-scheletriche (40% circa), gastrointestinali, respiratorie, psicogene. Nel 40% dei casi il dolore rimane idiopatico e

non si riesce a definire un'etiologia certa. Le patologie cardiache costituiscono solamente l'1-3% dei casi di dolore toracico in età pediatrica. I «red flags», campanelli di allarme suggestivi di un'etiologia cardiaca del dolore, possono essere ricercati nell'anamnesi familiare (patologie cardiovascolari, casi di morte improvvisa prima dei 40 anni, ipercolesterolemia familiare, collagenopatie...), personale (cardiopatie congenite, malattia di Kawasaki, collagenopatie, stati di trombofilia...), nelle caratteristiche del dolore, nei segni/sintomi associati, nel momento di insorgenza (durante o subito dopo l'attività fisica) o, naturalmente, nella presenza di reperti anomali all'auscultazione cardiaca. Per indagare un'eventuale etiologia cardiaca del dolore è indicato eseguire un ECG basale in tutti i casi in cui una causa alternativa non possa essere chiaramente stabilita. Solo nei casi che presentano «red flags» suggestivi di un'etiologia cardiaca del dolore, invece, è indicato ad approfondimento diagnostico programmare un'ecocardiografia ed eventualmente eseguire, in acuto, il dosaggio dei marcatori di danno cardiaco.

H S, 12 anni, veniva condotto alla nostra attenzione per eseguire visita cardiologica ambulatoriale ed ecocardiografia, inviato dal suo medico curante per episodi di dolore toracico retrosternale della durata di alcuni minuti, che erano esorditi circa 6 mesi prima. Il dolore si presentava solitamente durante o subito dopo l'attività fisica, ma si era manifestato talvolta anche in condizioni di riposo. Il ragazzo praticava calcio a livello agonistico, riferiva di aver eseguito nel 2016 ECG basale e sotto sforzo risultati nella norma. In anamnesi personale e familiare non erano presenti patologie di rilievo. Al momento della visita si presentava in buone condizioni cliniche, con parametri vitali e obiettività clinica generale e cardiaca nella norma. Veniva eseguito ECG basale che riscontrava ritmo sinusale, deviazione assiale destra. A completamento diagnostico veniva quindi eseguita ecocardiografia color-doppler, con riscontro di origine unica delle arterie coronarie dal seno coronarico sinistro, con coronaria destra sottile con decorso interarterioso. Veniva pertanto programmata angiografia cardiaca e indicato, in attesa del completamento delle indagini, di sospendere l'attività fisica agonistica.

Dopo circa 10 giorni veniva eseguita TC del cuore con mdc e ricostruzione tridimensionale, che confermava la diagnosi ecocardiografica, mettendo in evidenza coronaria destra caratterizzata da origine e decorso anomalo di tipo maligno. Il vaso originava a livello del seno di Valsalva

sinistro, piegava quindi verso destra con contestuale lieve riduzione del calibro e impegnava il solco interarterioso tra arteria polmonare e aorta (Figure 1-2). A completamento diagnostico veniva succes-

sivamente eseguita scintigrafia miocardica di perfusione da stress e a riposo, che non evidenziava ischemia miocardica inducibile. Alla luce dell'esito degli esami eseguiti veniva confermata l'indicazione ad aste-

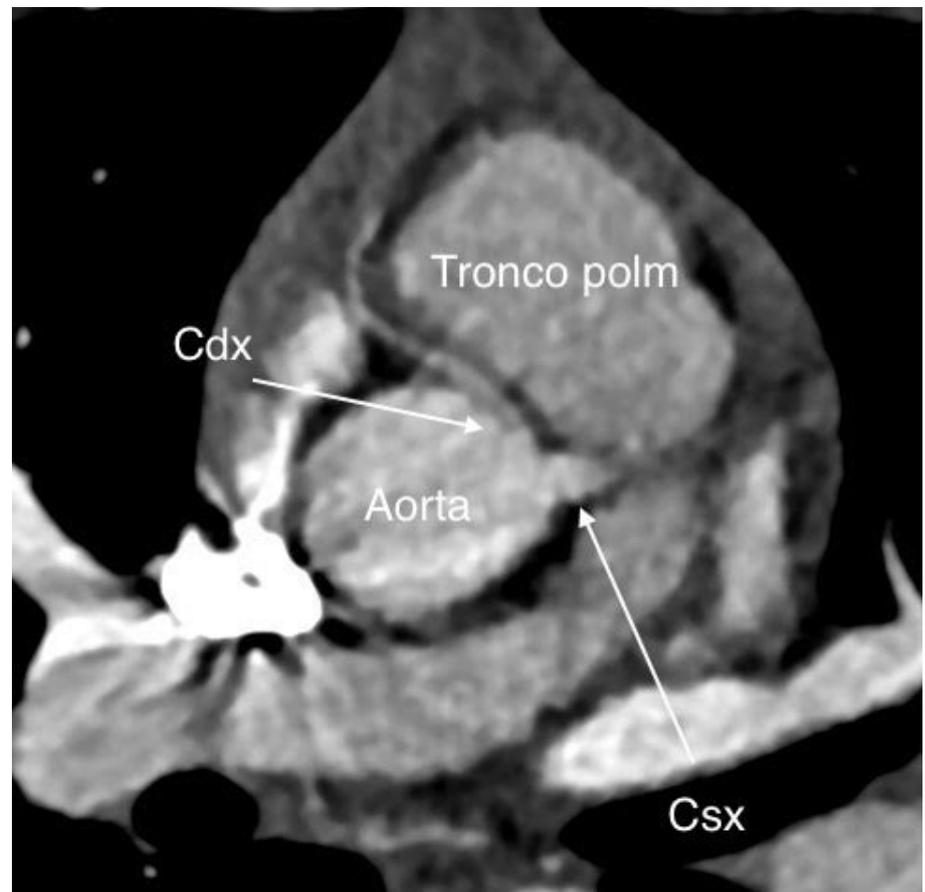


Figura 1

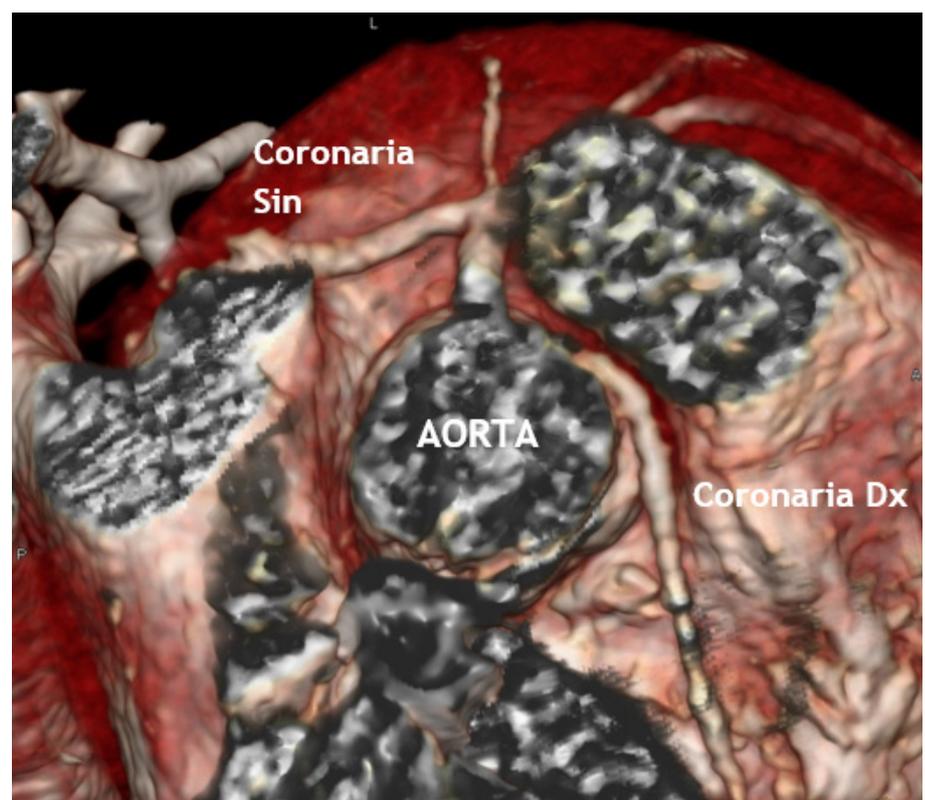


Figura 2

nersi dall'attività fisica agonistica e a intraprendere follow-up cardiologico annuale.

Discussione

Le anomalie di origine delle arterie coronarie dall'aorta (AAOCA, "anomalous aortic origin of a coronary artery") sono le più comuni anomalie di origine delle arterie coronarie di interesse clinico; fin dagli anni '80 è oggetto di discussione la possibilità di concedere o meno a questi pazienti l'idoneità a praticare attività sportiva agonistica. Comprendono l'origine anomala di un'arteria coronaria dal seno di Valsava opposto, ovvero l'origine dell'arteria coronaria di sinistra dal seno di Valsava di destra (AA-OLCA) oppure dell'arteria coronaria di destra dal seno di Valsava di sinistra (AA-ORCA). La prevalenza di AAOCA è variabile nei diversi studi, compresa tra lo 0,1 e l'1% della popolazione [1]. Di particolare interesse clinico sono i casi con decorso interarterioso (tra l'arteria polmonare e la radice aortica), in quanto possono portare a una compressione della coronaria tra i due grandi vasi e conseguentemente a un'ischemia miocardica, soprattutto in occasione dell'attività fisica quando vi è una fisiologica dilatazione dell'aorta. Clinicamente i portatori di AAOCA possono essere asintomatici; spesso infatti l'anomalia costituisce un riscontro incidentale in pazienti che eseguono un'ecocardiografia o una TC per altre ragioni, oppure possono provocare sintomi quali sincope, pre-sincope, dolore toracico di tipo anginoso, palpitazioni, dispnea, più frequentemente in corso di attività fisica. Queste anomalie possono essere responsabili anche di morte cardiaca improvvisa (MCI) soprattutto nei giovani atleti e costituiscono la seconda causa di MCI dopo le cardiomiopatie (13-17% circa dei casi) [2,3]. L'anomalia della coronaria destra è più frequente, ma l'anomalia della coronaria sinistra è responsabile di un maggior numero di morti (85% circa). Il rischio calcolato di MCI nei pazienti portatori di anomalia della coronaria destra è dello 0,2% su un periodo di attività di 20 anni. Studi hanno evidenziato che solo il 37-52% dei pazienti deceduti per MCI presentano sintomi nei mesi precedenti. La diagnosi di AAOCA si basa sull'ecocardiografia come esame di primo livello, quindi sull'esecuzione di angioTC o angioRM a conferma della diagnosi e per una migliore definizione anatomica dell'anomalia. È indicato inoltre eseguire un test sotto stress (es. scintigrafia miocardica), anche se tali test hanno uno scarso valore predittivo negativo. Sono oggetto di studio nuove tecniche diagnostiche (Fractional flow reserve...), già utilizzate nello studio dell'aterosclerosi coronarica nell'adulto e che potrebbero in futu-

turo essere applicate routinariamente anche allo studio delle anomalie coronariche congenite. Il trattamento delle anomalie coronariche è ancora oggetto di discussione.

Le linee guida americane [4] suggeriscono di eseguire una correzione chirurgica dell'anomalia nei pazienti con sintomi "altamente suggestivi" di ischemia cardiaca. Come indicato dagli stessi Autori, uno degli elementi di maggiore difficoltà nella pratica clinica è l'identificazione dei pazienti "sintomatici", per cui vengono intesi solitamente i pazienti con sintomatologia grave e documentata ischemia cardiaca. Per i pazienti asintomatici è indicato invece astenersi dall'attività sportiva agonistica se portatori di anomalia di origine della coronaria sinistra o se portatori di anomalia della coronaria destra con stress test positivo per ischemia miocardica inducibile. L'approccio dei Cardiologi e dei Medici dello Sport italiani differisce sul trattamento dei pazienti con AAORCA, per cui non viene abitualmente concessa l'idoneità all'attività agonistica. I protocolli cardiologici per l'idoneità agonistica, noti come "Protocolli COCIS" (Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport), indicano di valutare per la concessione dell'idoneità non solo la presenza di documentata ischemia al test sotto stress, ma anche quella di aspetti morfologici "a rischio" (ostio a becco di flauto, origine ad angolo acuto, decorso intramurale o intrarterioso, ipoplasia del tratto prossimale...). Per quanto riguarda il follow-up, i pazienti sottoposti a intervento chirurgico correttivo possono tornare a praticare attività sportiva di tipo agonistico 3 mesi dopo l'operazione, se asintomatici e sottoposti a stress test con esito negativo. Per i pazienti non sottoposti a intervento chirurgico è raccomandato sottoporsi a un follow-up cardiologico annuale, praticare attività fisica in centri che mettano a disposizione un DAE e non esitare a interromperla in caso di comparsa di sintomi.

✉ federica.persico@studenti.unipr.it

1. Brothers JA, Frommelt MA, Jaquiss RDB, et al. Expert consensus guidelines: Anomalous aortic origin of a coronary artery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2017;153:1440-57.
2. Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS, et al. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980-2006. *Circulation* 2009;119:1085-92.
3. Corrado D, Basso C, Pavei A, et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA* 2006;296:1593-601.
4. Van Hare GF, Ackerman MJ, Evangelista JA, et al. Eligibility and Disqualification Recommen-

dations for Competitive Athletes With Cardiovascular Abnormalities: Task Force 4: Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association and American College of Cardiology. *Circulation* 2015;132:e281-91.

L'adenomesenterite come causa d'accesso al pronto soccorso pediatrico

Mariasole Conte, Veronica Guastalla
Scuola di Specializzazione in Pediatria,
Università degli Studi di Trieste

L'adenomesenterite rappresenta una causa frequente di accesso in pronto soccorso per dolore addominale. Si delinea classicamente come una patologia caratterizzata da dolore addominale di tipo colico, di intensità elevata, che riconosce come localizzazioni preferenziali l'area periombelica e la fossa iliaca destra, generalmente di lunga durata e responsivo alla terapia antidolorifica. Può manifestarsi sia in maniera acuta (con crisi di dolore della durata di 1-2 giorni a carattere autorisolutivo) sia in maniera subacuta (gli episodi possono protrarsi talvolta per 2-3 settimane). L'incidenza di questa patologia riportata in letteratura varia moltissimo e non esistono dati certi al riguardo; inoltre essa rappresenta una sfida nella diagnostica differenziale con patologie di interesse chirurgico, prima fra tutte l'appendicite acuta [1].

Obiettivi

L'obiettivo primario dello studio è quello di definire la percentuale dei pazienti con adenomesenterite sul totale degli accessi in pronto soccorso per dolore addominale, e identificarne e descriverne puntualmente le caratteristiche cliniche, in maniera tale da poter individuare dei criteri diagnostici che ne permettano una diagnosi in positivo. Inoltre abbiamo voluto ricercare dei criteri clinico-laboratoristici che aiutino nella diagnosi differenziale tra l'adenomesenterite e l'appendicite acuta.

Materiali e metodi

Questo lavoro consiste in uno studio retrospettivo effettuato fra i mesi di aprile e dicembre 2017 presso la Struttura Clinica di Pediatria d'Urgenza e di Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Ai fini d'individuare la popolazione oggetto dello studio, sono stati analizzati tutti i verbali di pronto soccorso relativi all'anno 2016 con codice di triage "dolore addominale". È stato creato un database elettronico dove sono stati registrati i dati relativi all'anamnesi, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio, le indagini

strumentali e le diagnosi differenziali. Del dolore addominale sono state descritte le seguenti caratteristiche: sede, intensità, durata, modalità d'insorgenza, evolutività, risposta all'antidolorifico somministrato a domicilio e risposta al clisma evacuativo praticato a domicilio.

Risultati

Sono stati analizzati 1192 verbali d'accesso al pronto soccorso per dolore addominale relativi all'anno 2016, per un totale di 962 pazienti, di cui 464 erano maschi e 498 femmine. 1145 sono stati ritenuti validi ai fini dello studio. I pazienti inclusi nello studio sono stati 774, 407 femmine (52,93%) e 367 maschi (47,07%). 371 pazienti si sono presentati più di una volta in pronto soccorso. L'età media è stata di 9,6 anni.

La diagnosi di adenomesenterite è stata posta nel 14,85% dei casi, mentre quella di appendicite nel 3%. Le prime 4 cause di dolore addominale in ordine di frequenza sono state: stipsi (26,20%); gastroenterite (21,48%); dolore addominale aspecifico (17,82%); adenomesenterite (14,85%).

I pazienti con diagnosi di adenomesenterite riferivano un dolore di media intensità, localizzato ai quadranti inferiori (fossa iliaca destra 36%, fossa iliaca sinistra 22%, ipogastrio 15%) e obiettivamente non presentavano segni di irritazione peritoneale, ma più spesso si associavano altri sintomi tra cui cefalea (9,41%), tosse (11,76%), rinite (8,2%), faringodinia (7%). I valori medi degli esami di laboratorio sono stati: VES 11 mm/h (2-61), PCR 0,66 mg/dl (0,01-2,99), conta leucocitaria 8590/mm³ (3550-17.740), neutrofilo 5610/mm³ (1300-15.600). L'ecografia è stata effettuata nel 27% dei casi, nella metà dei casi sono stati riscontrati linfonodi di volume aumentato. Dal gruppo di pazienti che hanno ricevuto diagnosi di adenomesenterite sono stati separati quelli che presentavano dolore addominale di durata uguale o inferiore a 48 ore. Anche questi pazienti presentavano sintomi respiratori quali tosse, rinite e faringodinia e all'esame obiettivo si sono riscontrati segni di virosi respiratoria quali iperemia faringea (38,7%), ipertrofia tonsillare (2,8%), rinite (10%), linfadenopatia (10%). I reperti laboratoristici sono stati: VES 14,8 mm/h (2-61), PCR 1,04 mg/dl (0,02-2,99), conta leucocitaria 10170/mm³ (5070-17.450), neutrofilo 7160/mm³ (1300-15.600). Nel 17% dei casi è stata eseguita una ecografia con riscontro di linfonodi di volume aumentato nel 75%.

Tra i bambini giunti in pronto soccorso con diagnosi di appendicite sono stati riscontrati sintomi respiratori in una piccola per-

centuale dei casi: cefalea (0%), rinite (0%), faringodinia (2,8%), tosse (2,8%); all'esame obiettivo un bambino presentava ipertrofia tonsillare (2,8%), nessun bambino presentava linfadenopatia, rinite, iperemia faringea. Gli esami di laboratorio hanno mostrato i seguenti valori: VES 29,45 mm/h (5-77), PCR 9,61 mg/dl (0,08-48), conta leucocitaria 15.660/mm³ (6310-26.980), neutrofilo 12.810/mm³ (3600-23.100). L'ecografia è stata effettuata nel 91,4% dei casi, nel 75% dei casi è stato rilevato un quadro suggestivo di flogosi appendicolare; nel 46,7% dei casi sono stati riscontrati linfonodi di volume aumentato.

Conclusioni

L'adenomesenterite si è rivelata la quarta causa d'accesso in pronto soccorso pediatrico per dolore addominale. In anamnesi sono generalmente presenti episodi antecedenti o concomitanti di virosi intestinale o respiratoria. Il paziente ha una storia di dolore solitamente lunga che lo ha portato più volte in pronto soccorso, è sofferente durante le crisi dolorose, ma generalmente non appare prostrato, risponde molto bene alla somministrazione dell'antidolorifico [2]. Può avere una febbre superiore ai 38 °C e uno stato di malessere generale.

Vista la correlazione statisticamente significativa fra l'adenomesenterite e la presenza di segni di compromissione sistemica e delle alte vie respiratorie, quali febbre, tosse, rinite, faringodinia, iperemia faringea e linfadenopatia laterocervicale, ci sentiamo di concludere che la correlazione fra questa patologia e la virosi delle alte vie respiratorie costituisce più di una mera ipotesi.

La forza dell'associazione riscontrata ci porta a suggerire che questi riscontri obiettivi potrebbero rappresentare dei validi criteri clinici in grado di permettere una diagnosi in positivo della patologia.

I dati di laboratorio, come ci si attendeva, non hanno fornito alcuno spunto utile nella ricerca di criteri diagnostici di adenomesenterite, confermando solo quanto già riportato dalla letteratura, cioè il fatto che la malattia può associarsi a un lieve rialzo degli indici di flogosi e della conta leucocitaria totale.

In base a quanto emerso dal nostro studio, la distinzione fra adenomesenterite e appendicite acuta sulla base della clinica dovrebbe rivelarsi generalmente agevole.

Dai dati in nostro possesso, l'appendicite ha mostrato correlazioni statisticamente significative con molti dei già ben noti reperti caratteristici del quadro clinico tipico: febbre, tachicardia, localizzazione del dolore in fossa iliaca destra,

durata del dolore inferiore o uguale a due giorni; scarsa risposta del dolore all'antidolorifico; positività delle manovre volte a evidenziare l'irritazione peritoneale (Blumberg e saltello); positività delle manovre atte a individuare un processo di flogosi appendicolare (Rovsing e psoas); resistenza di parete; presenza di peristalsi torpida, scarsa o assente; rialzo degli indici di flogosi e della conta leucocitaria totale. Nulla di tutto questo è stato dimostrato per l'adenomesenterite. Da questo possiamo dedurre che l'adenomesenterite, pur potendo mimare nella sua forma acuta il quadro clinico dell'appendicite, presenta generalmente dei reperti solo sospetti, ma non patognomonici, per patologia chirurgica.

La sintomatologia dolorosa nell'adenomesenterite recede prontamente con la somministrazione dell'antidolorifico, pur avendo un'intensità tale da causare risvegli notturni in una percentuale di casi paragonabile a quella dell'appendicite.

Infine è opportuno fare un'ultima e importante precisazione: non è stata rilevata alcuna correlazione fra i segni d'infezione sistemica o delle alte vie respiratorie con la presenza di appendicite, e questo è forse il dato più importante. Il paziente affetto da appendicite generalmente non presenta sintomi di compromissione sistemica, quali cefalea e mialgie, e sicuramente non presenta tosse, faringodinia, iperemia faringea e rinite. Questo costituisce certamente il principale criterio di diagnosi differenziale fra le due patologie, unito al differente andamento del dolore (breve per l'appendicite, lungo nell'adenomesenterite); inoltre dal punto di vista laboratoristico il movimento degli indici di flogosi e il rialzo della conta leucocitaria totale correlano unicamente con l'appendicite. In merito alla diagnostica strumentale è importante notare come la presenza di linfonodi aumentati di volume sia generalmente presente in entrambe. Questo conferma che l'adenopatia mesenteriale costituisce un indice del tutto specifico d'infiammazione [2].

Il ricorso all'indagine strumentale andrebbe quindi riservato unicamente ai casi dubbi o sospetti per altra patologia.

✉ marisoleconte@gmail.com

1. Helbling R, Conficconi E, Wyttenbach M, et al. Acute non specific mesenteric lymphadenitis: more than "no need for surgery". *Biomed Res Int* 2017;978:45-65.

2. Gross I, Siedner-Weintraub Y, Stibbe S, et al. Characteristics of mesenteric lymphadenitis in comparison with those of acute appendicitis. *Eur J Pediatr* 2017;176:199-205.

Affrontare le diseguaglianze in salute e sviluppo del bambino: un policy statement dell'ISSOP



Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino – onlus

L'International Society for Social Pediatrics (ISSOP) ha pubblicato un documento sulle diseguaglianze in salute. Intese come differenze ingiuste, hanno un profondo impatto sulla salute e sullo sviluppo del bambino nelle diverse parti del mondo. Le *inequities* sono maggiori nei Paesi a reddito basso o medio, ma si ritrovano anche nei Paesi a reddito medio-alto dove i bambini più poveri hanno meno salute e minori possibilità di sviluppo. ISSOP richiama i governi, le istituzioni, i pediatri, gli operatori dell'area pediatrica e le rispettive organizzazioni ad azioni per ridurre le diseguaglianze in salute in quanto urgente priorità di salute pubblica: essere consapevoli della genesi delle diseguaglianze e dell'impatto dei diversi determinanti nei bambini a loro affidati; lavorare affinché i servizi in cui sono coinvolti siano accessibili anche dal punto di vista culturale a tutti i bambini e alle loro famiglie; raccogliere e utilizzare i dati relativi sulla popolazione a loro affidata; concorrere a una formazione esperienziale sul tema dei determinanti sociali di salute nella formazione pre e post laurea; impegnarsi in attività di advocacy a livello di comunità e a livello nazionale.

In a position paper, the International Society for Social Pediatrics (ISSOP) addresses the topic of inequities in health. Inequities, socially unjust inequalities, have a profound impact on the health and development of children across the world. Inequities are greatest in the world's poorest countries; however, even in the richest nations, poorer children have poorer health and developmental outcomes. ISSOP calls on governments, policy-makers, paediatricians and child health professionals and their organisations to act to reduce child health inequity as an urgent public health priority, by: increasing awareness of the impact of social determinants of health on children under their care; working to make services accessible to all children and families; collecting and utilising data on their local population's health and well-being; promoting undergraduate and postgraduate experiential learning on the social determinants of health; and engaging in advocacy at community and national level.

Introduzione

L'International Society for Social Pediatrics (ISSOP) ha prodotto e pubblicato (www.issop.org) un "policy statement" sulle diseguaglianze in salute e sviluppo del bambino. Lo scopo del documento è di richiamare l'attenzione della comunità pediatrica internazionale su quello che abbiamo appreso negli ultimi anni sulle diseguaglianze in salute e sviluppo dei bambini: genesi, implicazioni e soprattutto interventi e politiche efficaci. Il corposo documento è frutto di un gruppo di lavoro ristretto e di una larga consultazione tra un numero molto più ampio di pediatri in tutti i continenti [1]. Ne riportiamo qui un'estrema sintesi, raccomandandone la lettura integrale.

Le "differenze ingiuste", la loro estensione e le loro implicazioni

"We use the term health inequities rather than health inequalities to denote those inequalities in child health which are avoidable and relate to the social circumstances in which children

are conceived, born, live, develop and grow. By definition inequities are unjust".

Il documento parte da una definizione di diseguaglianze come di "differenze ingiuste" (*inequities*) per sottolineare che sono evitabili in quanto dipendono dalle circostanze sociali in cui i bambini sono con-

cepiti, nascono, crescono e si sviluppano. Enormi e ingiuste diseguaglianze nelle opportunità di salute e sviluppo esistono sia fra Paesi a reddito alto e quelli a reddito medio e basso, sia all'interno di ciascun Paese tra gruppi sociali diversi, soprattutto in base al reddito, ma anche su base culturale, religiosa, etnica e geografica [2,3]. Le *inequities* sono maggiori nei Paesi a reddito basso o medio, ma si ritrovano anche nei Paesi a reddito medio-alto, sono evidenti a partire dalla nascita e fino all'adolescenza e riguardano: tutti gli esiti neonatali, dal basso peso alle malformazioni; la mortalità a tutte le età; l'incidenza e la prevalenza di malattie acute e croniche e di disabilità (Tabella 1) [5]; tutte le dimensioni dello sviluppo; l'accesso a servizi sanitari ed educativi e la qualità degli stessi; l'accesso a tutti gli altri diritti fondamentali, dalla nutrizione all'acqua potabile, al gioco [4]. Una delle caratteristiche delle diseguaglianze in salute e sviluppo è che frequentemente si trasferiscono da una generazione a quella successiva. Hanno inoltre un impatto pervasivo sull'intera società in termini di sviluppo e coesione sociale [3,4].

La genesi delle *inequities*

Il documento offre una serie di schemi analitici proposti dalla letteratura internazionale per illustrare i fattori che concorrono alla genesi delle *inequities* e alle loro dinamiche. Ne riproponiamo qui uno che descrive le catene causali degli

TABELLA 1. Stime complessive, derivate da meta-analisi di studi nei Paesi a reddito medio-alto, del rischio per bambini appartenenti a famiglie povere per tutta una serie di condizioni croniche e disabilità (5)

CONDIZIONI DI DISABILITÀ CRONICA	STUDI	OR (95% CI)
Malattie croniche disabilitanti di qualsiasi causa	20	1.72 (1.48 to 2.01)
Problemi di salute mentale	55	1.88 (1.68 to 2.10)
Disabilità intellettiva	21	2.41 (2.03 to 2.86)
Asma limitante le attività o richiedente ricovero	13	2.20 (1.87 to 2.85)
Paralisi cerebrale	6	1.42 (1.26 to 1.61)
Anomalie congenite	13	1.41 (1.24 to 1.61)
Epilessia	6	1.38 (1.20 to 1.59)
Sordità	9	1.70 (1.39 to 2.07)

esiti di salute (qui intesa come comprendente anche gli aspetti relativi allo sviluppo), perché consente allo stesso tempo di individuare sia i determinanti, che la loro concatenazione, che, soprattutto, quali sono i diversi punti di attacco degli interventi volti a modificare le traiettorie di sviluppo, da quelli che investono le politiche macroeconomiche, sociali e fiscali tese a ridurre le disuguaglianze di reddito, a quelli che riguardano le politiche di salute, istruzione ecc. che intervengono più a monte per ridurre le ingiuste disuguaglianze nelle opportunità, fino a quelli che riguardano il lavoro nei servizi con i genitori per promuovere buone pratiche o ridurre fattori di rischio (Figura 1) [6]. Nell'ambito dell'analisi dei fattori che concorrono a determinare le disuguaglianze e degli interventi per ridurle o eliminarle, assume più importanza che in passato il ruolo degli interventi precoci, e soprattutto del lavoro con i genitori per far sì che pratiche

favorevoli alla relazione e allo sviluppo siano comprese nella loro importanza e quanto più possibile adottate dalle famiglie, soprattutto dalle famiglie in condizioni di svantaggio economico, culturale, sociale o psicologico quali nuclei familiari in condizioni di povertà, comunità di migranti recenti e in condizioni precarie, genitori con problemi di salute mentale e/o di marginalità sociale.

Politiche e interventi efficaci

Il documento si rifà a uno schema proposto da Whitehead [7] che identifica quattro diverse categorie di azioni volte a promuovere l'equità:

- azioni e interventi rivolti agli individui, per rafforzarne le competenze;
- azioni e interventi multisettoriali rivolti a specifiche comunità per migliorare la vivibilità e l'accesso ai servizi;
- azioni dei diversi settori rivolte a tutta la collettività per migliori condizioni di vita e di lavoro;

- politiche macroeconomiche redistributive.

I Paesi che sono stati capaci di ridurre le disuguaglianze hanno attivato politiche e interventi in tutte e quattro le aree. C'è evidenza che una serie di misure sono efficaci ma che è necessario un chiaro impegno politico volto a ridurre le disuguaglianze.

Si rende necessaria dunque una molteplicità di interventi, molti dei quali appartengono alla sfera delle responsabilità pubbliche (Governo e amministrazioni locali). Molte altre azioni possono e devono essere effettuate, o per lo meno favorite e facilitate, da altri attori della società, quali appunto le associazioni degli operatori, quindi anche dei pediatri, così come i singoli pediatri nel loro lavoro quotidiano.

Il lavoro del pediatra, in particolare, può produrre risultati importanti, tanto più quanto il singolo pediatra, o l'ambulatorio pediatrico, o il punto nascita opera in rete con altri servizi.

In questo contesto viene attribuita importanza crescente alle azioni volte a migliorare le opportunità nei primissimi anni di vita attraverso l'universalità di accesso a cure riproduttive, pre, peri e post natali di qualità e attraverso azioni e programmi di supporto alle famiglie sia di tipo economico che sociale, con una attenzione specifica al supporto alla funzione genitoriale attraverso la disponibilità di servizi educativi precoci di qualità e azioni rivolte alle singole famiglie per sostenere una nutrizione adeguata, stili parentali positivi e buone pratiche favorevoli allo sviluppo [8]. L'approccio deve essere universale ma con interventi di maggiore intensità rivolti a comunità e famiglie in condizioni di rischio psico-sociale o di svantaggio. I servizi sanitari e i singoli operatori possono giocare un ruolo fondamentale nell'assicurare che gli interventi efficaci raggiungano tutte le famiglie e nell'attivare la collaborazione tra servizi diversi: sanitari, educativi e sociali.

Il documento si conclude con una serie di raccomandazioni che si riportano qui integralmente (Box 1).

Commento

È ben noto ai lettori di *Quaderni acp* che le disuguaglianze nei bambini in Italia sono evidenti sia per quanto riguarda la salute (indicatori di mortalità e disabilità) che lo sviluppo (indicatori di successo scolastico e di competenze in *literacy* e *numeracy*) e sono presenti sia in base a variabili di reddito che di livello educativo dei genitori,

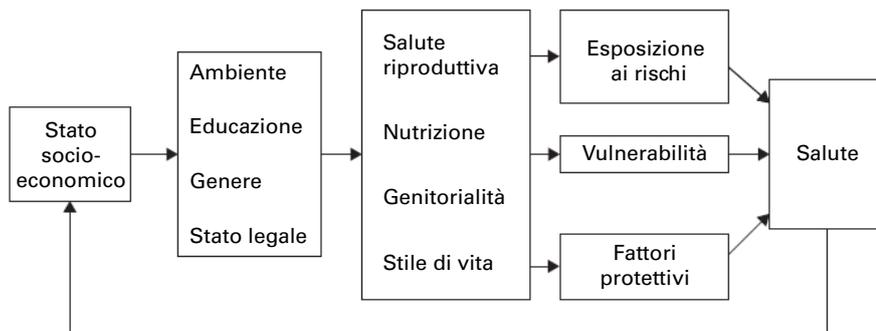


Figura 1. Fattori determinanti gli esiti di salute e loro interazioni (6).

BOX 1. Raccomandazioni

L'ISSOP chiama i governi, i policy makers, tutti i pediatri e gli altri operatori di salute e le loro organizzazioni ad agire per ridurre le disuguaglianze in salute e sviluppo nei bambini perché questa è una priorità urgente di salute pubblica.

Si raccomanda:

Ai governi: di agire per ridurre innanzitutto la povertà dei bambini in quanto importante fattore che influenza negativamente la salute, lo sviluppo e il benessere con effetti a lungo termine; di garantire che i diritti di TUTTI i bambini all'assistenza sanitaria, all'istruzione e alla protezione sociale siano assicurati; di fare in modo che i determinanti di salute, quali una nutrizione adeguata, l'educazione, e la disponibilità di acqua e servizi igienici siano accessibili a tutti i bambini.

Alle associazioni pediatriche e di altri operatori di salute: di fare in modo che i loro membri siano consapevoli dell'impatto delle disuguaglianze su salute, sviluppo e benessere, su tutto il corso della vita; di includere la tematica delle disuguaglianze nei curricula formativi; di produrre documenti di policy specificamente adattati al loro Paese; di sostenere attivamente politiche e interventi finalizzati all'equità sociale utilizzando una prospettiva basata sui diritti dei bambini; di adoperarsi per servizi sanitari accessibili a tutti i bambini residenti nel loro Paese; di promuovere una raccolta di dati e informazioni e progetti di ricerca operativa per monitorare e valutare l'efficacia di interventi per affrontare le disuguaglianze nella popolazione dei bambini.

Ai singoli pediatri così come anche agli altri operatori di salute infantile: di essere consapevoli della genesi delle disuguaglianze e dell'impatto dei diversi determinanti nei bambini a loro affidati; di lavorare affinché i servizi in cui sono coinvolti siano accessibili anche dal punto di vista culturale a tutti i bambini e alle loro famiglie; di raccogliere e utilizzare i dati relativi sulla popolazione a loro affidata; di concorrere a una formazione esperienziale sul tema dei determinanti sociali di salute nella formazione pre e post laurea; di impegnarsi in attività di advocacy di programmi e interventi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze nelle loro rispettive comunità.

che di residenza (Nord-Sud). Le politiche attuate fino a oggi sono state molto deboli soprattutto se confrontate con quelle di altri Paesi, per cui i livelli di povertà pre-intervento pubblico si riducono di poco dopo l'intervento, mentre in altri Paesi UE questa riduzione è molto più evidente [9]. Negli ultimi anni sono state prese misure di contrasto sia alla povertà materiale che educativa, con misure di sostegno al reddito di famiglie povere e con il finanziamento di progetti (vedi in particolare il Fondo per il contrasto alla povertà educativa). La direzione è quella giusta ma la misura dell'impegno è ancora largamente insufficiente [10].

Ma le considerazioni non si fermano alle politiche pubbliche. Solo recentemente una serie di Enti privati, quali le Fondazioni bancarie, si sono impegnati in programmi rivolti alla riduzione delle disuguaglianze. Inoltre, siamo ancora lontani da un pieno supporto dei pediatri. Per esempio, nonostante il grande lavoro svolto dal programma in tutte le regioni, coinvolgendo migliaia di operatori e volontari, la proporzione di pediatri attivi in NpL (intorno al 10%) è ancora insufficiente. Per ottenere cambiamenti sostenibili nelle pratiche delle famiglie e negli stili parentali che possano effettivamente ridurre i gap socioculturali, occorre un'azione continua, convinta da parte dei pediatri, condotta anche in collegamento agli altri servizi esistenti, a partire dai nidi. Quando questo avviene, i risultati, nelle famiglie e

nei bambini, sono evidenti, a partire dalle performance scolastiche.

Le associazioni pediatriche, a partire dall'American Academy of Pediatrics, hanno una storia che inizia spesso proprio dalla loro funzione di advocacy per i diritti di tutti i bambini e quindi devono spendersi in questa direzione. I progetti attivi sul Bando di contrasto alla povertà educativa, di molti dei quali l'ACP è partner, costituiscono un'occasione da non perdere per affiancare altri Enti in un'opera di contrasto a disuguaglianze di accesso ai servizi e di opportunità educative di qualità. Il documento dell'ISSOP dovrebbe pertanto portare ancora più forza, convinzione e metodo a quanto l'ACP già da tempo propone e raccomanda. Se è vero che, per chi come l'ACP si è sempre (o quasi) occupato del problema, probabilmente il documento ISSOP non dice molto di veramente nuovo sull'esistenza delle disuguaglianze. Qualcosa di nuovo, e comunque di più strutturato, viene portato sui meccanismi e sugli interventi efficaci. Ciò su cui più merita riflettere è il fatto che, benché molte informazioni sulla genesi delle disuguaglianze e gli interventi efficaci siano già note a tutti (un quasi è sempre d'obbligo) ce se ne dimentica troppo spesso nell'azione quotidiana sia individuale che collettiva: benché molte cose possano essere fatte quotidianamente, tra quelle raccomandate, ben poco viene fatto sistematicamente, sia nei contenuti che negli stili comunicativi che ancora negli sforzi per "raggiungere gli irraggiungibili".

Ecco un buon tema per i prossimi appuntamenti di approfondimento.

✉ tamburlini@csbonlus.org

1. Spencer N, Raman S, O'Hare B, Tamburlini G. Addressing inequities in child health and development – towards social justice. International Society for Social Pediatrics, 2018.
2. UNICEF. *Progress for Children No.11. Beyond Averages: Learning from the MDGs*. New YORK, UNICEF, 2015
3. Barros A, Ronsmans C, Axelson H et al. Equity in maternal, newborn, and child health intervention in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 52 countries. *Lancet* 2012; 379:1225-33
4. Pillas D, Marmot M, Naicker K et al. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Paediatric Research* 2014;76(5):418-424
5. Spencer N, Blackburn C, Read J. Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: a systematic review and meta-analyses of observational studies. *BMJ Open* 2015;5:e007062.
6. Wolfe I, Tamburlini G, Wiegeresma PA, Thompson M, Gill P, Lenton S. *Child public health*. In Wolfe I, McKee M (eds). *European Child Health Services and Systems: Lessons without Borders*. Maidenhead: Open University Press, 2014 (p.116)
7. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 473-8.
8. WHO, Unicef and World Bank. *Nurturing Care Framework for Early Childhood Development. A policy framework*. WHO, Geneva, 2018.
9. Rete CRC. Rapporto 2015.
10. Rete CRC. Rapporto 2017.

Un paio di demitizzazioni al convegno per Carlo Corchia

Si sono tenute a Firenze dal 10 al 12 maggio 2018 le Giornate di Epidemiologia dedicate a Carlo Corchia. Un argomento di grande interesse è stato trattato nella tavola rotonda sull'epidemiologia delle disuguaglianze. Una delle voci della tavola rotonda è stata quella dell'economista prof. Maurizio Franzini che ha elaborato assieme ad altri collaboratori (Elena Granaglia, Ruggero Paladini; Andrea Pezzoli, Michele Raitano, Vincenzo Visco) un manifesto contro le disuguaglianze, che può essere reperito su www.eticaeconomia.it (https://www.nens.it/sites/default/files/NENS_Manifesto-finale-completo.pdf).

Il prof. Franzini ha svolto una relazione di estremo interesse dando anche qualche colpo a opinioni ritenute oramai definitivamente acclarate, ma in verità vicine alla fake. Riportiamo due sue osservazioni.

1. Riferendosi alle disuguaglianze economiche all'interno dei singoli territori regionali, in genere trascurate, e a quelle più richiamate, per esempio le disuguaglianze fra Nord e Sud, Franzini ha osservato che è indiscutibile che i differenziali di reddito fra Mezzogiorno e resto del Paese siano elevati e da molto tempo. Però il contributo di questi ultimi alla disuguaglianza complessiva del Paese è più limitato di quanto comunemente si pensi. Contano di più, invece, nella determinazione della disuguaglianza complessiva, le differenze all'interno delle singole regioni. Il prof Franzini ha chiarito che alcune elaborazioni dimostrano che anche se si eliminassero i divari medi di disuguaglianza "fra" le regioni lasciando però immutati i differenziali interni la disuguaglianza italiana si ridurrebbe di poco: appena del 6%.

Se invece, lasciando invariato il reddito medio di ogni regione, si eguagliassero i redditi "all'interno" di tutte le regioni abolendo le disuguaglianze interne e lasciando invariati i divari medi regionali, la disuguaglianza complessiva del paese si ridurrebbe del 94%. Il problema da affrontare subito sarebbe quindi la disuguaglianza interna nelle regioni. Una dimostrazione plastica delle disuguaglianze "interne" di una città come Torino è stata offerta da un'immagine molto espressiva del prof. Giuseppe Costa nel corso della tavola rotonda.

2. Altra demitizzazione che il prof. Franzini ha portato all'attenzione del convegno riguarda la disuguaglianza economica attribuibile all'istruzione che viene comunemente riferita in aumento. Ebbene valutando le retribuzioni di chi lavora a tempo pieno la quota di disuguaglianza salariale attribuibile all'istruzione è diminuita dal 16% del 1992 all'8,9% del 2007.

Al nostro indimenticabile Carlo le demitizzazioni sono sempre piaciute. Ho immaginato il suo tirato sorriso e i suoi ironici occhi se fosse stato lì.

L'Italia per l'Equità nella Salute



Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo

È la prima volta che il Ministero affronta in modo così sistematico il problema delle disuguaglianze nella salute e lo fa avvalendosi degli studiosi e della bibliografia italiana e straniera più qualificata e aggiornata disponibile oggi. Certo, alla precisione della prima parte, dedicata all'analisi delle disuguaglianze e delle sue cause, non corrisponde un'altrettanto precisa e dettagliata disamina degli interventi necessari; tuttavia le basi teoriche ci sono tutte per combattere e superare le disuguaglianze sociali nella salute, almeno per quanto riguarda il versante sanitario.

Nel novembre 2017 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), AGE.Na.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), l'Istituto Superiore di Sanità, l'INMP (Istituto Nazionale per la Prevenzione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà), ha pubblicato un approfondito Report, coordinato da Giuseppe Costa, dell'equità nella salute in Italia (per accedere al documento integrale e relativa ricca bibliografia, vedere sul sito del Ministero della Salute o dell'INMP).

I dati sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute

L'ISTAT a partire dai dati del censimento 2011 ha avviato uno studio longitudinale sulle disuguaglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità causa-specifica, per livello di istruzione. I maschi che avevano al massimo la licenza media inferiore presentavano 1,5 anni di svantaggio rispetto a quelli con la maturità, i quali a loro volta si trovavano in svantaggio di 1,5 anni a confronto con i laureati. Tra le donne le disuguaglianze erano meno pronunciate. È risultato quindi che nel periodo 2012-2014, i maschi italiani laureati potevano sperare di vivere 3 anni in più rispetto a coloro che avevano conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo, mentre tra le donne laureate sulle meno istruite la differenza era di un anno e mezzo.

Per quanto riguarda le cause di morte, nel Sud si è rilevato un eccesso di mortalità per malattie del sistema circolatorio, con tassi a carico dei più istruiti paragonabili a quelli dei meno istruiti del Nord-Est. Viceversa, nelle regioni del Nord è stato

riscontrato un eccesso di mortalità prematura per tumori maligni (in particolare, nel Nord-Ovest, tumori al polmone), probabilmente per effetto dell'esposizione al fumo e a fattori inquinanti in ambiente lavorativo e di vita, in modo nettamente più intenso nelle classi più disagiate.

I meccanismi che generano la salute disuguale

La salute disuguale è il risultato di meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti contrastabili. È utile richiamare di seguito il modello causale proposto da Diderichsen (Diderichsen E, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T. et al. (Eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001), che offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute (Figura 1).

Tale comprensione è indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate di contrasto. Il punto di partenza del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: quelli che i documenti di indirizzo internazionale chiamano i "determinanti sociali di salute" (o

determinanti distali, cioè le cause remote). Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, quali il reddito, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali. In tale ambito ricadono anche le differenze di genere o etnia, che sono talvolta all'origine di discriminazioni (per esempio sul luogo di lavoro) e un accesso diseguale alle opportunità. Sono fattori molto importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione. A sua volta la stratificazione sociale influenza la distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali (determinanti prossimali, cioè recenti).

Disuguali nella scuola

Sono almeno quattro i passaggi nei quali si riproducono le disuguaglianze sociali di origine e si riducono le opportunità per le persone svantaggiate:

- la possibilità di accedere a un ciclo di istruzione;
- la possibilità di completarlo con successo;
- il tipo di indirizzo seguito;
- la qualità della preparazione conseguita.

Le ricerche evidenziano da sempre il vantaggio sistematico dei giovani che hanno genitori più istruiti, più risorse economiche e maggiori margini di investimento. In Italia, negli ultimi 30-40 anni, i punti critici in cui pesano le disuguaglianze si

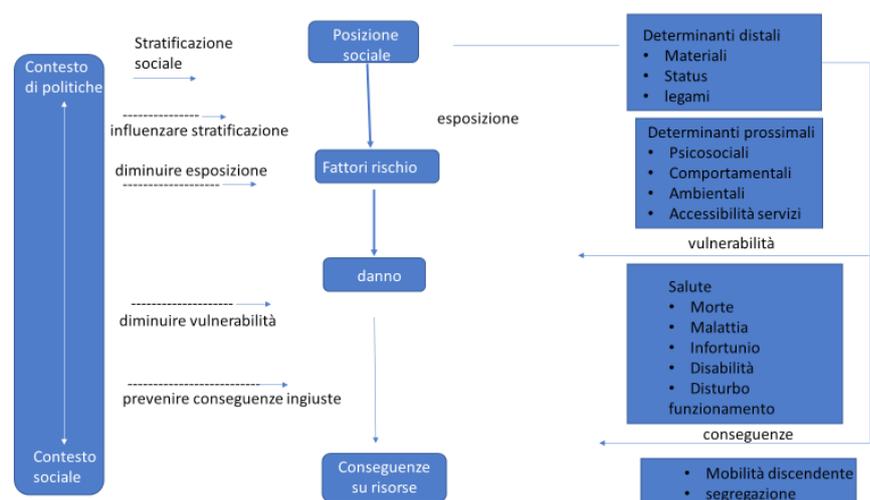


Figura 1. Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.

sono spostati in avanti. Si è quasi azzerato l'abbandono nelle scuole primaria e secondaria di primo grado ed è aumentata la partecipazione femminile. Tuttavia, l'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minore età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. Essi sono il 10% circa a 16 anni e il 20% a 18 anni. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo.

Un'agenda per le politiche educative, ancorata alle specificità dei bisogni individuali e ai problemi degli specifici contesti sociali, richiederebbe di dare priorità ai seguenti obiettivi:

- intervenire presto, dove si pongono le basi per le competenze: una rete adeguata di servizi di qualità per la prima infanzia;
- agire dove si generano disuguaglianze, con il tempo pieno nella scuola primaria, soprattutto nei quartieri con maggiori disagi, e con un arricchimento e una personalizzazione dell'offerta didattica, anche in accordo col privato sociale;
- investire sugli insegnanti e sui modelli culturali e organizzativi nella scuola media di primo e secondo grado, per evitare disorientamento, demotivazione e dispersione;
- analogamente, investire sulla qualità della formazione professionale;
- potenziare il rapporto tra la scuola e il lavoro, con un'alternanza di qualità per i giovani e l'apprendimento continuo per i lavoratori adulti e le imprese.

Disuguali nel lavoro

L'accesso a opportunità di lavoro e a carriere e posizioni professionali di qualità è fortemente condizionato dalle disuguaglianze sociali, che a partire dalle famiglie di origine si riflettono sui titoli di studio conseguiti, sulla qualità delle esperienze di apprendimento e sulle relazioni personali e familiari su cui si può contare nella ricerca del lavoro.

I determinanti sociali di salute e le politiche non sanitarie

I determinanti sociali rimandano alla responsabilità delle politiche non sanitarie, quelle tese da un lato a creare pari opportunità di partenza e dall'altro ad aumentare le risorse e le capacità delle persone con meno mezzi o a compensarne le fragilità, e quelle finalizzate a migliorare la qualità e la sostenibilità degli ambienti di vita e di

lavoro. La frequenza della povertà assoluta è aumentata in modo significativo, penalizzando in particolare i gruppi socialmente più vulnerabili – soprattutto le famiglie numerose, i minori, gli immigrati, i nuclei monogenitoriali con figli a carico – e le aree del Mezzogiorno. Relativamente ai fattori di rischio dell'ambiente occupazionale e di vita, si è già osservato come condizioni di minore sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro siano più frequenti tra i lavoratori impiegati in attività manuali, con la conseguenza che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse. Anche nel caso dei rischi ambientali si verificano disuguaglianze che la letteratura scientifica inquadra nell'ambito delle questioni relative all'*environmental justice*: per esempio, le persone che già risiedono in aree più depresse hanno una probabilità doppia di abitare nei pressi di una discarica o di un sito inquinato, più frequentemente collocati in queste aree. I destinatari degli interventi di prevenzione non dovrebbero essere considerati secondo un approccio di mero egualitarismo (che valuta il bisogno di salute della popolazione attraverso i valori medi); al contrario, per essere egualmente efficaci, gli interventi dovrebbero essere offerti in modo proattivo. Un esempio virtuoso di prevenzione orientata all'equità è rappresentato dagli interventi proattivi di screening per i tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. È noto che le donne meno istruite, o con maggiori difficoltà economiche, oppure straniere, si sottopongono meno frequentemente allo screening cervicale o mammografico.

Le barriere nell'accesso alle cure e le politiche sanitarie

I determinanti delle disuguaglianze di salute che ricadono tra le più dirette competenze della sanità riguardano le barriere nell'accesso alle cure. In questo caso le conseguenze non si traducono tanto in differenze nel rischio di ammalarsi – come nel caso dell'esposizione ambientale e a stili di vita insalubri – quanto piuttosto nel rischio di non guarire dalla malattia o di subirne limitazioni funzionali. Questo meccanismo è di particolare attualità per la preoccupazione che con la crisi le misure di austerità nella spesa pubblica, compresa quella sanitaria, abbiano aumentato le barriere nell'accesso alle cure, producendo ricadute negative sulla tutela della salute e sulle disuguaglianze. I dati delle indagini Istat sulla salute degli ultimi quindici anni mostrano come il ricorso al medico di medicina generale, ai farmaci prescrittibili e al ricovero, grazie all'assenza di barriere

economiche all'accesso, si sia mantenuto più elevato tra le persone meno istruite, che esprimono un maggior bisogno di salute e ricorrono maggiormente alle cure ospedaliere per condizioni evitabili. Viceversa, il ricorso alle visite specialistiche e agli esami diagnostici, che in molti casi prevede una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, risulta essere più frequente tra le persone di alta posizione sociale. Le barriere economiche all'accesso agiscono maggiormente per le cure non prescrittibili (come le cure dentarie), per quelle con lista d'attesa molto lunga o per accertamenti effettuati prima che un grave problema di salute venga diagnosticato.

Le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute evitabili

Riferimenti per le azioni

A fronte dei principi costituzionali, i dati sulle disuguaglianze di salute prima illustrati indicano che per promuovere una salute meno disuguale non basta assicurare un'opportunità di accesso ai livelli di tutela che sia uguale per tutti, in quanto i rischi e i bisogni si distribuiscono in modo disuguale: l'accesso, quindi, dovrebbe essere garantito in misura proporzionale al bisogno, cercando di assicurare anche pari capacità di beneficiarne. La promozione della salute non può essere affidata solo a interventi di tipo sanitario, ma deve coinvolgere, in modo sinergico e trasversale, molteplici attori impegnati a livello nazionale, regionale e locale, in diversi settori: educazione, politiche fiscali, agricoltura, ambiente, trasporti, mezzi di comunicazione, organizzazioni di volontariato, industria, autorità locali ecc.

Verso una strategia condivisa per l'equità nella salute

Sulla base di tali premesse, il presente documento propone tre categorie di azioni per la riduzione delle disuguaglianze:

- a quelle di sistema, rivolte a tutta la popolazione in modo proporzionale al bisogno;
- b quelle strumentali, finalizzate a far funzionare le altre azioni con dati, regole e processi;
- c quelle selettive, rivolte ai gruppi più vulnerabili.

A) Una proposta di azioni di sistema

In tale categoria rientrano le azioni basate su un approccio globale che si propone di ottenere effetti benefici di miglioramento per tutte le categorie sociali, in relazione al loro bisogno, riducendo la distanza in termini assoluti tra i livelli di salute delle diverse posizioni sociali.

Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dovrebbe introdurre più esplicitamente l'equità nella salute tra i criteri di definizione e verifica dei diritti esigibili di assistenza, garantiti attraverso un'effettiva e omogenea applicazione dei LEA. A questo proposito, il decreto di aggiornamento del sistema di indicatori sulla garanzia dei LEA (attualmente nel suo iter di approvazione) prevede una specifica attenzione sia all'omogeneità geografica intra e inter-regionale sia all'equità sociale, includendo una sezione di indicatori per il relativo monitoraggio, al fine di valutare la capacità dei Servizi Sanitari Regionali di garantire l'equità di accesso ai LEA.

Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure

Ogni attore istituzionale nel SSN dovrebbe preoccuparsi di ridurre le barriere di sistema che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari. Una quota importante di spesa sanitaria (circa un quarto di quella totale) risulta a carico dell'utente, la cosiddetta spesa privata. Le evidenze dimostrano che la quota più significativa di rinuncia alle cure è legata alle difficoltà nel sostenere questa spesa privata, il che per taluni giustificherebbe la necessità di una copertura assicurativa di questo costo.

Promuovere l'equità nel governo clinico

La sanità si compone di un gran numero di processi assistenziali, su ognuno dei quali insiste la responsabilità di più professionisti e di contesti di cura differenti. L'organizzazione sanitaria ha imparato a presidiare la qualità e i risultati di questi numerosi processi, attraverso procedure tecniche (protocolli, linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali), condivise tra i professionisti e le organizzazioni, verificate con adeguati sistemi informativi e promosse con l'educazione continua. L'insieme di questi e altri strumenti costituisce il governo clinico. Più recentemente, lo sviluppo della *value based health care* ha allargato gli ambiti di interesse del governo clinico ai risultati di salute e della loro equità. Per assicurarsi che il tema dell'equità venga inserito e mantenuto nei processi di *governance* organizzativa e clinica dei Servizi Sanitari Regionali e delle Aziende Sanitarie, potrebbe essere necessario istituire specifiche responsabilità e funzioni di sistema. Solo la Regione Emilia-Romagna finora ha organizzato una propria rete di referenti aziendali per l'equità, e sviluppato un idoneo piano di

formazione e addestramento per l'*equity impact assessment* dei programmi e degli interventi.

Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità

Sulla base di quanto emerso fin qui nel documento, è necessario chiedersi come fare per assicurare che le istituzioni e le parti sociali si preoccupino dell'impatto delle politiche sulle disuguaglianze di salute e del ruolo che queste ultime assumono all'interno di tali politiche. In ambito sociale è stato dimostrato come, per favorire l'implementazione di azioni efficaci, sia utile rendere noti i costi del loro impatto sul funzionamento e sul bilancio del sistema sanitario. Analogamente, nell'ambito delle politiche sanitarie, gli interventi già positivamente avviati, finalizzati a ridurre le disuguaglianze, potrebbero essere riletti in termini di ricadute sociali e anche economiche, valutando in che misura possano comportare risparmi futuri sul sistema di *welfare*. Per quel che riguarda i benefici sociali a sostegno della salute, le direttrici che potrebbero essere monitorate passano innanzitutto attraverso le politiche non sanitarie rivolte alle persone con problemi di salute, come gli interventi di sostegno economico o lavorativo in caso di malattia o di assistenza a familiari disabili e di interventi di presa in carico sociale più ampia in caso di disabilità.

B) Le azioni strumentali

Monitorare le disuguaglianze di salute significa che ogni centro di responsabilità del SSN dovrebbe essere in grado di misurare le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, e attivare percorsi di *audit* per comprenderne le cause e mettere in atto opportuni correttivi. A tal fine, inoltre, i flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) andrebbero arricchiti con un insieme di variabili sociali (titolo di studio, condizione professionale, stato civile, qualità dell'abitazione, luogo di nascita e cittadinanza), derivate dal censimento di popolazione tramite *record linkage* dell'anagrafe assistiti col censimento di popolazione.

C) Interventi sui gruppi più vulnerabili

Oltre alle azioni di sistema rivolte a tutta la popolazione con un approccio universalistico proporzionato, occorrono anche interventi selettivi. Quando il bisogno cresce d'intensità, a causa di situazioni di estremo svantaggio, allora è necessario intervenire in modo mirato per non lasciare indietro chi ha più bisogno. I gruppi più

vulnerabili sono quelli in condizioni di estrema povertà e marginalità (come i senza dimora), e quindi maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute correlati allo svantaggio sociale, oppure quelli che hanno una particolare suscettibilità agli effetti sfavorevoli sulla salute e alle ricadute dell'esperienza di malattia sulla carriera sociale (come i disabili). Spesso le due condizioni sono entrambe presenti nello stesso gruppo. A queste due categorie si potrebbero aggiungere quei gruppi che, per diversi impedimenti, non hanno pieno accesso alle cure, come potrebbe accadere ad alcune categorie di stranieri immigrati.

Rimuovere le barriere nell'accesso alle cure dei gruppi vulnerabili

Accanto alla necessità di introdurre l'equità per la salute dei vulnerabili nella programmazione delle principali politiche e responsabilità non sanitarie, sia pubbliche che private, occorre promuovere e stimolare investimenti anche su specifiche azioni che sono alla portata del SSN. Tra i possibili modelli di moderazione del rischio per i vulnerabili sono di seguito evidenziate possibili azioni, rappresentative di situazioni paradigmatiche di rischio per l'accesso alle cure: alcune collegate alla rinuncia alle cure per la non sostenibilità dei costi dei farmaci non prescrittibili o del ticket; altre derivanti dall'esistenza di barriere di vario genere (normative, burocratiche, culturali) all'accesso da parte dei vulnerabili; altre ancora volte al miglioramento della copertura di presa in carico dei bisogni di salute nelle aree geografiche più deprivate. Vi sono altri interventi, relativi ai contesti di comunità locale, che sono emersi come necessari per la presa in carico e la soluzione in maniera equa di molti problemi di salute. La letteratura scientifica parla di modelli di "*welfare* generativo di comunità" per promuovere la prossimità, come di un tipo di interventi capaci di far crescere, a fianco del lavoro specialistico dei servizi, la presenza di relazioni e forme di cooperazione attiva tra i cittadini. Dare in uso ai cittadini beni comuni, collaborare con le organizzazioni che sostengono la prossimità, valorizzare i contributi volontari nell'ambito delle proprie azioni, sono esempi di rafforzamento reciproco tra reti di prossimità e azione dei servizi, che possono essere sistematizzate, organizzate e valutate nell'ambito dei piani per la programmazione dei servizi.

✉ peppe.cirillo@libero.it

L'infermiere e il bambino con diabete: qualcosa sta cambiando



Chiara Garavini, Pamela D'Ascenzo, Benedetta Mainetti

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

In questo articolo descriviamo brevemente come, negli anni più recenti e nella nostra esperienza, sia cambiato il ruolo dell'infermiere nell'accompagnare il bambino con diabete e la sua famiglia dall'esordio alla dimissione e al reinserimento nel proprio ambiente. L'utilizzo di alcuni semplici strumenti di lavoro ha consentito di acquisire una migliore professionalità e sicurezza nella gestione complessiva del paziente e della malattia.

In this paper we briefly describe how, in the last few years and in our experience, nurse's role has changed in the treatment of children with diabetes from diagnosis to discharge from hospital and return home. By adoption of simple operative procedures, nurses gained a better professionalism and self-confidence in the management of both the patient and the disease.

L'esordio di un diabete di tipo 1 (DM1) con chetoacidosi nel bambino è un momento delicato, che genera tensione e paura nelle famiglie, catapultate in una realtà nuova, complessa, spesso del tutto sconosciuta. Gli operatori, medici e infermieri, hanno il compito anzitutto di fare fronte all'urgenza della chetoacidosi, senza però dimenticare che il bambino e i suoi genitori devono essere accompagnati e coinvolti positivamente in questo nuovo percorso. Dal ricovero in reparto alla dimissione, tutte le figure professionali (medico, infermiere, dietista, psicologa, assistente sanitaria...) che ruotano attorno al bambino hanno un ruolo importante, e alla loro collaborazione è affidato tutto il percorso che dal ricovero porta al rientro a casa e all'affidamento ai servizi del territorio [1-3]. L'infermiere è l'anello di collegamento nei diversi passaggi perché segue il bambino nella fase acuta dell'esordio, cura la transizione dall'ospedale al territorio e accompagna i ragazzi nell'interfaccia con il servizio diabetologico dell'adulto. Gli strumenti di lavoro dei quali si è dotato negli anni più recenti hanno contribuito a incrementarne le competenze e a migliorarne la capacità di presa in carico complessiva e in autonomia. Molti aspetti della gestione pratica del DM1 in pediatria sono affidati oggi agli infermieri, che si propongono sempre più come riferimento affidabile e professionalmente aggiornato per le famiglie e per i medici stessi.

Due casi, a distanza di tre anni

Anno 2011. AB è un bambino di 10 anni nato da genitori italiani. Ci viene inviato dal Pronto Soccorso con una diagnosi di diabete all'esordio (glicemia 428 mg/dl)

e un accesso venoso con infusione di soluzione fisiologica in corso. Le condizioni generali sono piuttosto scadute: disidratazione, occhi alonati, mucose labiali secche, lingua impaniata, calo ponderale di circa il 15%. Il bambino è comunque eupnoico, vigile, cosciente. Secondo il protocollo in uso nel nostro reparto, viene eseguito prelievo ematico per completamento degli esami di laboratorio, incannulato un secondo accesso venoso, proseguita idratazione con soluzione fisiologica e avviata raccolta della diuresi delle 24 ore. Il primo EGA evidenzia una grave chetoacidosi con pH 7,11 e BE -20,6 mmol/l. L'infermiera di turno esegue ripetuti controlli di EGA, glucostick, registra i parametri vitali e prosegue l'idratazione endovenosa con supplementazione di K⁺ e insulina rapida in seconda via come da prescrizione medica. Nel frattempo il pediatra si rapporta con i familiari dando loro le prime informazioni essenziali sul diabete.

I genitori sono particolarmente agitati e confusi, il bambino è molto stanco e spaventato. Dopo circa 27 ore dall'ingresso vengono sospese la terapia reidratante e l'insulina endovenosa e avviata somministrazione di insulina sottocute.

L'educazione alla gestione del diabete viene svolta prevalentemente dal pediatra diabetologo, le infermiere insegnano il controllo glicemico e la somministrazione di insulina. Durante il ricovero, nei giorni successivi, il passaggio di consegne tra le infermiere è piuttosto disordinato: vengono espresse ansia e difficoltà nel rispondere adeguatamente alle domande dei familiari, preoccupazione di non svolgere adeguatamente il proprio compito. Sicuramente c'è chi è più esperto e chi teme di non

rapportarsi adeguatamente con i genitori e con il bambino.

Anno 2014. CD ha 15 mesi, è nato in Italia da genitori nordafricani e giunge di notte, proveniente dal Pronto Soccorso con diagnosi di gastroenterite acuta e dispnea. All'ingresso in reparto le condizioni cliniche appaiono critiche: il bimbo è pallido, poco reattivo, disidratato, polipnoico. Parametri vitali: SO₂ 98%, FC 120/min, Fr 60/min. Il pediatra di turno, nel sospetto di un diabete all'esordio, richiede subito un glucostick: 447 mg/dl. L'EGA conferma una grave chetoacidosi diabetica: pH 7,03, BE -25 mmol/l. Sono immediatamente eseguiti gli esami ematici, posizionato catetere venoso periferico a 2 vie, avviata idratazione endovenosa con soluzione fisiologica, eseguito ECG, avviato monitoraggio dei parametri vitali con cardiomonitor, posizionato il sacchetto urine per controllo della diuresi. Dopo due ore di idratazione viene iniziata infusione di insulina e.v. secondo indicazione medica. Per tutta la notte le condizioni rimangono critiche: è necessario aumentare la supplementazione di K⁺. La mamma piange, comprende un po' l'italiano, ma non lo sa parlare. Il padre, molto agitato, viene informato e fa da interprete alla moglie come può. Al mattino la chetoacidosi è finalmente in risoluzione con graduale miglioramento delle condizioni cliniche.

Dopo circa 40 ore dall'ingresso, viene sospesa la terapia e.v. e iniziata la terapia insulinica sottocute. Le infermiere riescono a instaurare un rapporto di fiducia con i genitori, in particolare con la madre che, pur non parlando l'italiano, si sente rassicurata dalla loro presenza e si affida a loro. Affrontano subito il problema del controllo del dolore del bimbo: praticano la prima iniezione sottocutanea di insulina cercando di sdrammatizzare, riuscendo anche a farlo sorridere. Nei giorni successivi propongono l'utilizzo del "port" per la somministrazione dell'insulina e applicano un sensore glicemico "real-time" che riduce il numero dei prelievi capillari e, essendo dotato di allarme, previene le ipoglicemie. Attivano l'intervento di una mamma araba con bimbo diabetico, che fa così da

interprete. Sollecitano la consulenza della dietista e vigilano sulla consumazione del pasto da parte del bimbo; avvisano poi l'assistente sanitaria della Pediatria di Comunità, per avviare le visite domiciliari di sostegno e verifica dopo la dimissione.

Come siamo cambiati?

Dal punto di vista infermieristico, uno dei più rilevanti cambiamenti è stato determinato dall'elaborazione della *Scheda di educazione sanitaria infermieristica*, concordata e sperimentata sul campo nel corso di questi anni (Tabella 1). Nonostante il caso di CD si presentasse con elementi di particolare complessità (età, gravità del quadro clinico e difficoltà di comunicazione con la madre), il passaggio di consegne tra le infermiere, grazie alla compilazione di questa scheda, è avvenuto in maniera ordinata, dando maggiore coerenza al succedersi degli interventi e contribuendo a infondere sicurezza anche agli operatori meno esperti.

Ripercorrendo i due casi ci siamo resi conto una volta di più di quanto siano fondamentali l'approccio con la famiglia e la collaborazione medico-infermiere già dalle prime ore del ricovero, non solo per assicurare la migliore assistenza al bambino, ma anche per essere di supporto alla famiglia nell'affrontare questa nuova realtà. All'ingresso in reparto molte delle prestazioni da eseguire sono ormai entrate nella routine e quindi abbiamo ritenuto necessaria la creazione di una *Istruzione operativa per l'assistenza infermieristica al bambino con chetoacidosi diabetica* (Tabella 2) che contenesse i vari passaggi e le diver-

se attività infermieristiche corrispondenti al protocollo medico. Utilizzando questa procedura, l'infermiere ha chiare quali siano le prime prestazioni da eseguire, può procedere con l'impostazione della richiesta degli esami e con l'introduzione di un catetere venoso, sa quando e quali parametri monitorare, quali prestazioni il medico richiederà e conosce già quali sono i cardini fondamentali della terapia (idratazione, supplementazione di K⁺, somministrazione dell'insulina e.v.).

La creazione di questo protocollo ha fatto sì che il lavoro, durante l'urgenza, diventasse più scorrevole e collaborativo.

In particolare *L'Istruzione operativa per l'assistenza infermieristica al bambino con chetoacidosi diabetica*:

- individua le varie attività per l'assistenza infermieristica, la terapia infusione e successivamente sottocutanea, da eseguire su indicazione medica;
- uniforma il comportamento degli operatori nel controllo della glicemia capillare e della somministrazione di insulina, evitando disorientamento nei genitori e nel bambino;
- fornisce informazioni sull'attivazione della dietista e sulla necessità di impostare una dieta personalizzata con il calcolo dei carboidrati;
- dà indicazioni relative all'educazione e al coinvolgimento di bambino e famiglia, rimandando alla compilazione della "Scheda di educazione sanitaria infermieristica".

Il passo decisivo è stato, infatti, la creazione della *"Scheda di educazione sanitaria*

infermieristica nel bambino con diabete all'esordio". Potremmo definirlo un "manuale" per l'operatore che lo guida nella quotidianità del ricovero ospedaliero per realizzare l'educazione del bambino e della famiglia. Come già accennato, la famiglia e il bambino stesso devono essere coinvolti fin dai primi giorni nelle conoscenze e nei gesti che dovranno essere compiuti quotidianamente. Gli infermieri hanno qui il ruolo di principali "accompagnatori". Prima che la scheda diventasse operativa, la parte educativa risultava difficile da definire nelle consegne infermieristiche, così come potevano risultare poco trasferibili da un turno all'altro i progressi che erano stati compiuti in questo senso, le difficoltà incontrate e i successivi passaggi da affrontare.

Gli obiettivi che ci si è posti e che sono stati formalizzati sono stati:

- l'accoglienza e il sostegno al bambino e ai suoi familiari
- il controllo del dolore
- l'utilizzo in autonomia dei presidi per il controllo glicemico e la somministrazione di insulina
- il riconoscimento e il trattamento dell'ipoglicemia
- l'adeguata alimentazione e la regolarità dei pasti
- la valutazione dell'acquisizione delle competenze da parte del bambino e dei genitori

Il modulo di educazione sanitaria infermieristica è diviso in giorni, e in ognuno di questi c'è qualcosa in più "da fare" dopo avere verificato che il passaggio preceden-

TABELLA 1. Sintesi della scheda di educazione sanitaria infermieristica

OGGETTO DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA	OBIETTIVI
Iniziale accoglienza e sostegno	L'obiettivo è rendere l'esperienza del ricovero il meno traumatica possibile
Controllo e gestione del dolore	Iniziale informazione e spiegazione sull'utilizzo dei presidi per effettuare il controllo glicemico
Terapia endovenosa a prescrizione medica	Accogliere le domande dei familiari e informarli insieme al medico riguardo alla terapia endovenosa
Alimentazione	L'osservanza di alcune regole alimentari, la regolarità dei pasti
Controllo glicemico	Favorire la conoscenza dei livelli normali di glicemia e degli obiettivi da raggiungere; semplice spiegazione dell'ipoglicemia, iperglicemia e loro prevenzione, riconoscimento e gestione Controlli della glicemia in base allo schema orario
Insulina sottocute	Gestione della terapia in relazione ai pasti, supporto nel calcolo dei carboidrati
Sostegno ai genitori	Saper ascoltare e rassicurare i genitori e, insieme a loro, fornire al bambino spiegazioni sul diabete in misura proporzionale all'età e alla sua capacità di comprensione
Utilizzo del glucometro e del pungidito e compilazione del diario giornaliero	Verificare l'adeguata comprensione del riconoscimento dei sintomi e del trattamento dell'ipoglicemia
Attività fisica	Rinforzare il messaggio che una regolare attività fisica migliora il controllo metabolico del diabete
Verifica delle indicazioni date al bambino e ai genitori prima della dimissione	Invitare il bambino e i familiari ad esprimere domande e/o perplessità prima della dimissione Rassicurare sulla loro capacità di autogestione e ripercorrere insieme i punti fondamentali della gestione del diabete a domicilio Fornire indicazioni sui successivi controlli in ambulatorio

TABELLA 2. Assistenza infermieristica al bambino con chetoacidosi diabetica	
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA	OBIETTIVI
Assistenza e accoglienza infermieristica	Rilevazione dei parametri vitali, prelievi ematici, posizionamento di due vie venose, esecuzione dell'ECG
Terapia	Seguire la terapia prescritta dal medico (idratazione e terapia insulinica e.v.) che varia nel tempo in relazione ai controlli ematochimici
Terapia insulinica sottocute	Su prescrizione medica si inizia la terapia insulinica s.c. con educazione al bambino e ai genitori
Dieta	Attenzione alla formulazione della dieta, attivazione della dietista per il pasto personalizzato, verifica dell'assunzione dei carboidrati a ogni pasto, educazione ai genitori
Educazione	Obiiettivo principale durante tutto il ricovero è il coinvolgimento e l'educazione del bambino e dei familiari

te sia stato assimilato. È un accompagnare prima di tutto il bambino, ma anche i genitori, i fratelli e le altre figure coinvolte all'accettazione di questa nuova realtà. Per ogni giorno viene individuato l'argomento di educazione sanitaria che si vuole mettere in atto, l'intervento che ci permette di raggiungere gli obiettivi prefissati e viene valutata l'acquisizione delle competenze del bambino e dei genitori.

Durante la degenza si allerta inoltre la Pediatria di Comunità per la successiva presa in carico sul territorio. L'assistente sanitaria si reca in ospedale a conoscere il bambino e la famiglia e si occuperà, alla dimissione, di eventuali visite domiciliari e del reinserimento a scuola.

Alla dimissione l'infermiere di reparto compila una scheda con i dati riguardanti il nuovo paziente, gli obiettivi raggiunti nel percorso educativo e la fa pervenire alla Pediatria di Comunità per realizzare il definitivo passaggio di consegne.

Sia il protocollo infermieristico sia la scheda di educazione hanno permesso di creare un percorso più ordinato e definito ri-

spetto al passato nell'affrontare un diabete all'esordio. La rete di collaborazione creata tra medico, infermiere ed équipe del territorio fa sentire la famiglia protetta e sorretta fin dalle prime fasi di questo confronto con la malattia.

Conclusioni

In Italia l'incidenza del diabete in età pediatrica è in aumento (in Emilia Romagna è stimata circa 17/100.000 abitanti tra 0-14 anni), interessando sempre di più l'età prescolare (13%) e le fasce di popolazione provenienti da altri Paesi in via di sviluppo (10%). Nel caso di un bambino con esordio di DM1, la complessità dei diversi aspetti da affrontare nei giorni di ricovero (terapia medica, assistenza infermieristica, sostegno psicologico, educazione sanitaria, utilizzo delle tecnologie, programma di inserimento a scuola) rende indispensabile il coordinamento di un lavoro multidisciplinare per assicurare la migliore assistenza al bambino e alla sua famiglia.

Nel nostro reparto l'elaborazione della Scheda di educazione sanitaria infermieri-

stica, associata alla corrispondente istruzione operativa, ha posto le condizioni per un miglioramento della continuità assistenziale ottenendo, durante il ricovero, non solo una maggiore sicurezza dei genitori nella gestione del diabete ma anche una maggiore stabilità dei valori glicemici, agevolando in tutto questo anche il compito del pediatra diabetologo.

✉ chiara.garavini@auslromagna.it

1. Regione Emilia Romagna – Gruppo regionale “Diabete in età pediatrica”. Percorso diagnostico-assistenziale per bambine/i e adolescenti con diabete mellito di tipo 1. www.salute.regione.emilia-romagna.it.

2. Tumini S, Bonfanti R, Buono P, et al. Assistenza diabetologica in età pediatrica in Italia. Manuale operativo per l'applicazione del “Piano sulla Malattia Diabetica” in età pediatrica. 2014. www.siedp.it/files/Assist.Diabetologica.pdf.

3. Marsciani A, Graziani V, Mainetti B, et al. Il diabete nel bambino: come riconoscerlo, come curarlo. Quaderni acp 2015;22:160-8.

A COLPO D'OCCHIO

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

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



Lesione a bersaglio in adolescente

Di cosa si tratta?

- Puntura di ragno
- Lesione da paintball
- Infezione dei tessuti molli
- Malattia di Lyme
- Pratica autolesiva
- Tentativo di tatuaggio

Soluzione del quesito a p. 181

Una febbre persistente associata a indici infiammatori elevati e lesioni ecografiche del fegato e della milza

Marco Sarno*, Claudia Mandato**, Francesco Esposito***, Daniele De Brasi**, Claudio Santoro**, Andrea Lo Vecchio*, Paolo Siani**

* Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Università di Napoli Federico II

** Dipartimento di Pediatria, SC di Pediatria 1, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

*** Dipartimento dei Servizi Sanitari, SC di Radiologia Generale, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

È descritto il caso di una ragazza di 13 anni che ha presentato febbre elevata e per cui è stata ricoverata in ospedale. Gli esami di laboratorio mostravano una leucocitosi neutrofila con elevazione notevole degli indici infiammatori. L'ecografia dell'addome mostrava irregolarità della struttura epatica e della milza per la presenza di multiple lesioni a margini netti e regolari. Nel sospetto di una malattia infettiva erano avviati esami infettivologici che risultavano del tutto negativi. Il persistere della febbre induceva a praticare RM e il dato anamnestico della vita trascorsa spesso in campagna a casa dei nonni induceva a ripetere gli esami infettivologici che portavano alla diagnosi di una malattia rara che, nella maggioranza dei casi, si diagnostica più agevolmente e non presenta tutte le complicanze presentate nel caso descritto.

The case of a 13 years old girl presenting hyperpyrexia and admitted to hospital is described. Laboratory tests showed a neutrophilic leucocytosis with considerable elevation of inflammatory indices. The ultrasound of the abdomen showed irregularities in the hepatic and spleen structure due to multiple lesions with well defined and regular margins. Laboratory exams excluded infectious. The persistence of fever induced to practice MRI, and the anamnestic data of the girl's life spent often in the countryside at her grandparents' house led to repeat laboratory exams for infectious diseases that led to the diagnosis of a rare disease. A disease that is normally easily diagnosed and does not present all the complications presented in the case described.

La storia

G.S. è una ragazza di 13 anni e 6 mesi che ha sempre goduto di buona salute, fino al riscontro di astenia accompagnata da febbre elevata negli ultimi 10 giorni. La paziente è stata trattata a domicilio con amoxicillina-clavulanato senza beneficio, per cui si ricovera presso l'ospedale territoriale. All'ingresso gli esami ematochimici mostrano leucocitosi neutrofila (WBC 23.060/ μ l, N 17.710/ μ l) e aumento degli indici di flogosi (proteina C reattiva 212 mg/l con vn <5; procalcitonina 1,66 ng/ml con vn <0,5), per cui viene prescritta terapia antibiotica con ceftriaxone e.v. La radiografia del torace risulta negativa, mentre l'ecografia dell'addome mostra irregolarità dell'ecostruttura del fegato e della milza per la presenza di lesioni multiple a margini netti e regolari ed ecostruttura ipoecogena (Figura 1); in corrispondenza della regione epato-duodenale si rileva la presenza di linfonodi non solo aumentati di volume ma anche a conformazione globosa, il cui diametro massimo è di 2,4 cm (Figura 2). La tomografia computerizzata

conferma la presenza delle multiple aree ipodense descritte a carico del fegato e della milza, con cercine periferico di impregnazione, la maggiore al secondo-terzo segmento epatico in sede subglissoniana craniale (diametro massimo 8 mm), compatibili con formazioni ascessuali e/o granulomatose. Viene quindi trasferita presso il nostro reparto.

Il percorso diagnostico

Dall'anamnesi personale si evince che G. si reca spesso in campagna dai nonni, a contatto con cani, gatti, bovini e conigli. L'esame obiettivo mostra: peso 47 kg (25°-50° pc), altezza 159 cm (50° pc). Condizioni generali discrete. Cute normale e mucose normoemiche e normoidratate. Temperatura corporea 38,7 °C. Obiettività cardiorespiratoria nella norma, frequenza cardiaca 100 battiti per minuto, frequenza respiratoria 18 atti per minuto, saturazione di ossigeno in aria ambiente 98%, pressione arteriosa (PA) 100/60 mmHg. Addome trattabile e non dolente, fegato a 1 cm dall'arco costale, milza

a circa 2 cm dall'arco costale, di consistenza lievemente aumentata. Le stazioni linfonodali esplorabili (laterocervicali, sovraclavari, ascellari, inguinali, retro-nucali ed epitrocleari) risultano indenni. Gli esami di laboratorio all'ingresso mostrano: emocromo con lieve neutrofilia (globuli bianchi 10.820/ μ l, neutrofilii 7260/ μ l, linfociti 2820/ μ l, emoglobina 12 g/dl, globuli rossi 4.990.000/ μ l, piastrine 220.000/ μ l), aumento degli indici di flogosi (PCR 44 mg/l, VES 110 mm/h). L'andamento degli esami nel tempo è riassunto in Tabella 1.

Nel sospetto di ascessi epatosplenici, sono avviate indagini infettivologiche e screening immunologico (Tabella 2). Si decide di proseguire terapia con ceftriaxone e di aggiungere azitromicina in considerazione dell'anamnesi positiva per contatto con animali da fattoria.

Risultano inoltre nella norma: LDH, alfa-fetoproteina, valutazione microscopica dello striscio periferico. Nelle successive 48-72 ore si assiste a un iniziale miglioramento con scomparsa della febbre. Considerata anche la negatività della sierologia per infezioni specifiche, l'azitromicina viene sospesa dopo 7 giorni di terapia. Si osservano successivamente ricomparsa della febbre e ulteriore aumento degli indici di flogosi. Si decide di praticare aspirato midollare che mostra: serie eritroide normo-maturante, serie mieloide ben rappresentata in tutte le fasi della maturazione, megacariociti apparentemente ridotti, assenza di cellule atipiche, aumento delle plasmacellule e degli istiociti, senza immagini di fagocitosi.

Si pratica risonanza magnetica dell'addome con mezzo di contrasto (mdc) per un'ulteriore definizione delle lesioni e delle linfadenopatie. Viene inoltre programmata biopsia epatica. La RM mostra "Fegato ingrandito (aumento del lobo dx di 162 mm), con visibilità di multiple le-

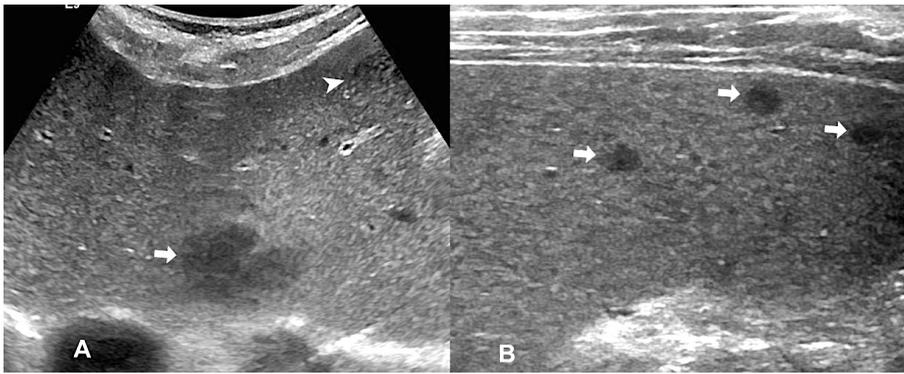


Figura 1. A) Scansione sottocostale del fegato. Visibilità di due lesioni ipoecogene nel parenchima epatico: una profonda più voluminosa (freccia); una, meno evidente, più superficiale (testa di freccia). B) Esplorazione della milza con sonda ad alta risoluzione. Ben visibili almeno tre lesioni ipoecogene a carattere nodulare (freccie).

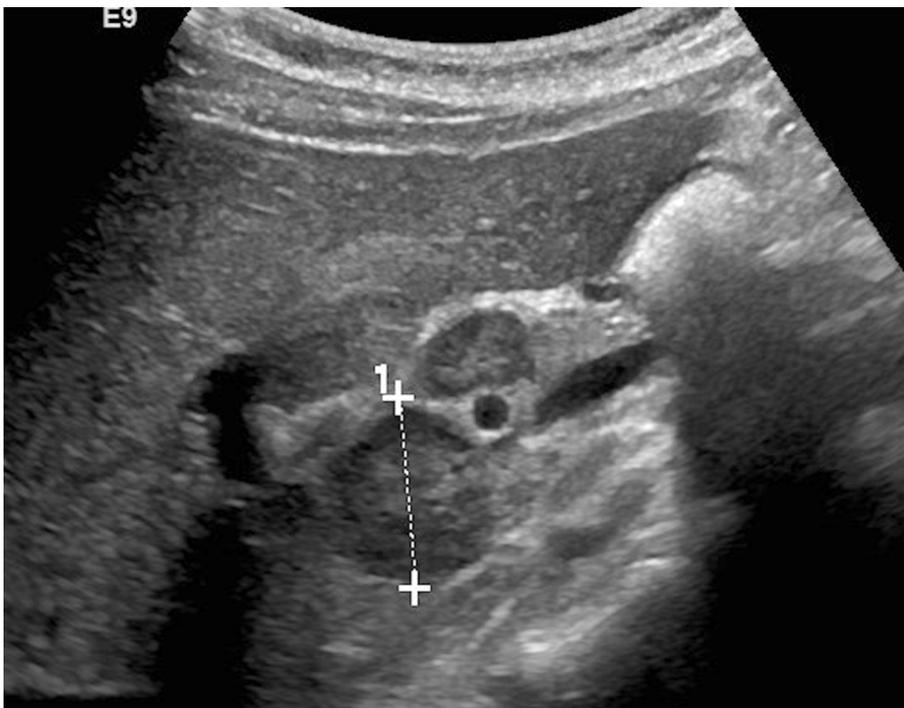


Figura 2. In corrispondenza dell'ilo epatico, ben visibili due formazioni linfonodali rotondeggianti di cui la maggiore del diametro massimo di 2,4 cm (callpers).

sioni focali tondeggianti a entrambi i lobi che mostrano margini sfumati, segnate lievemente ipointense in T1W e moderatamente iperintense nelle sequenze T2W. Milza di dimensioni lievemente ingrandite (diametro longitudinale di 124 mm), visibilità di alcune lesioni focali con caratteristiche simili, millimetriche in sede periferica e quella di maggiori dimensioni a sede polare superiore. Dopo mdc paramagnetico in vena si apprezzano multiple areole ipodense con orletto periferico di enhancement subcentimetriche, con due areole adiacenti al terzo segmento e sfumato edema del parenchima epatico circostante per un'area globale di circa 32 mm. (Figure 3-4). A sede splenica dopo mdc paramagnetico in vena, a sede polare superiore si evidenzia piccolo grappolo di areole ipodense con cercine periferico di enhancement.

Anche le immagini della RM sono suggestive per ascessi epatosplenici. Considerata la negatività delle indagini microbiologiche, sierologiche e colturali, si decide di effettuare una ricerca di patogeni mediante Polymerase Chain Reaction (PCR). La ricerca del DNA per *Bartonella spp*, *Borrelia spp*, *Rickettsia spp* e *Francisella tularensis* risulta negativa. In sintesi, la paziente presenta febbre, astenia, aumento degli indici di flogosi, formazioni ascessuali multiple a livello di fegato, milza e linfadenopatie addominali, con apparente transitoria risposta alla terapia antibiotica con azitromicina.

La diagnosi

La ricerca in letteratura [1-7] dell'associazione di: ascessi epatosplenici e bambini (MESH term: Hepatosplenic, Abscess, Children) orienta la diagnosi verso

3 cause principali: 1) Malattia da Graffio di Gatto Sistemica (Cat-Scratch Disease, CSD), 2) Brucellosi e 3) Leucemia acuta. Queste patologie risultavano apparentemente escluse dallo screening iniziale: negatività della sierologia e delle emocolture per Bartonellosi e Brucellosi; esame dell'aspirato midollare negativo per emopatie. La diagnosi di Brucellosi è certa se l'agente patogeno è isolato da emocolture, colture di midollo osseo o altri tessuti. Una diagnosi presunta si fonda invece sull'aumento di quattro volte almeno dei titoli sierici di anticorpi specifici o attraverso i test di agglutinazione [8]. La negatività delle colture, dei test sierologici e di agglutinazione della nostra paziente rendeva poco probabile la diagnosi di infezione da *Brucella spp*.

Secondo i criteri proposti da Margileth nel 2000 la diagnosi di CSD sistemica richiede la presenza di almeno tre dei seguenti criteri [9]:

- storia di contatto con gatto a prescindere dall'evidenza di graffio o sito di inoculo;
- Mantoux, IGRA test o sierologie per altri agenti responsabili di ascessi negativi, PCR assay positivo per *Bartonella henselae* e/o lesioni al fegato/milza osservate mediante imaging;
- Enzyme immunoassay (EIA) o immunofluorescenza (IFA) positivi con un titolo singolo $\geq 1:64$ o un incremento del titolo di 4 volte tra la fase acuta e la convalescenza;
- l'esame istopatologico mediante tecnica Warthin-Starry che mostra infiammazione granulomatosa suggestiva di Bartonellosi.

Nel nostro caso: la storia clinica risultava positiva per contatto con gatti; Mantoux e IGRA test risultavano negativi; la ricerca degli anticorpi anti-*Bartonella*, effettuata con tecnica immunoenzimatica risultava negativa, l'imaging risultava compatibile con ascessi/granulomi epato-splenici. In particolare, l'aspetto intensimetrico delle lesioni nelle sequenze di cui si compone l'esame di RM suggeriva la possibilità di ascessi di variabili dimensioni. Il comportamento delle lesioni di maggiori dimensioni, con impregnazione periferica e risparmio della zona centrale, rispecchia quanto normalmente avviene nelle lesioni ascessualizzate del parenchima. In considerazione dell'anamnesi, del quadro clinico e dell'imaging fortemente suggestivi di Bartonellosi sistemica si decide, in accordo con l'infettivologo pediatra, di ripetere il titolo anticorpale per *Bartonella* in VI giornata di ricovero, questa volta ricercato tramite metodica diversa (Immuno Fluo-

TABELLA 1. Andamento dell'emocromo e degli indici di flogosi

TEST	RISULTATI NEL TEMPO						
	19/05/17	30/05/17	03/06/17	05/06/17	08/06/17	12/06/17	14/07/17
WBC/ μ l	10.820	10.680	9560	9690	15.440	11.800	6970
NEUT/ μ l	7260	7310	6740	6700	11.410	8660	2720
LINF/ μ l	2820	2480	2060	2200	2900	2210	3730
MONO/ μ l	510	800	580	650	1050	690	300
EOS/ μ l	170	60	160	130	60	220	1\90
PLT/ μ l	220.000	175.000	181.000	179.000	252.000	276.000	276.000
RBC/ μ l	4.990.000	5.040.000	4.560.000	4.810.000	4.680.000	4.450.000	5.140.000
Hb g/dl	12	11,90	11,10	11,30	10,90	10,50	12
VES mm/h	110			105		120	40
PCR mg/l	44,01	70,97	75,56	94,88	128,10	109,17	0,13
PCT ng/ml	0,5	1	0,13		0,13	0,11	

WBC: globuli bianchi; NEUT: neutrofilii; LINF: linfociti; MONO: monociti; EOS: eosinofili; PLT: piastrine; RBC: globuli rossi; Hb: emoglobina; VES: velocità di eritrosedimentazione; PCR, Proteina C Reattiva; PCT: procalcitonina

rescence Assays-IFA) ed eseguito presso l'Ospedale Regionale di Riferimento per le Malattie Infettive, risultato positivo (IgG e IgM >1:64). Contemporaneamente è stata effettuata da parte della famiglia la ricerca degli anticorpi anti-*Bartonella* nei gatti con cui la paziente è stata in contatto, e uno di questi è risultato positivo. Considerata quindi la positività di 3 criteri su 4 secondo Margileth abbiamo deciso di non praticare biopsia epatica e di iniziare immediatamente terapia antibiotica con doxiciclina al dosaggio di 2 mg/kg/die per un mese, associata a nuovo ciclo con azitromicina per sette giorni. La RM di controllo effettuata a circa dieci giorni di distanza dalla sospensione della terapia ha mostrato riduzione in numero e dimensioni delle lesioni epatospleniche. Gli indici infiammatori si sono progressivamente normalizzati.

La paziente è tornata a controllo clinico a distanza di un mese. Non ha presentato più febbre, i parametri vitali sono risultati nella norma. La RM di controllo effettuata a 40 giorni dalla sospensione della terapia ha mostrato un quadro decisamente migliorato (Figura 5), rilevando solo una piccola disomogeneità residua di 8 mm, iperintensa in T2 in corrispondenza del VII segmento epatico in sede sottoglissoniana.

Il commento

Bartonella henselae è il patogeno responsabile della CSD. Di solito causa una linfadenite localizzata, tuttavia può provocare una malattia sistemica in circa il 5-10% dei casi e portare a varie complicazioni quali febbre di origine sconosciuta, interessamento epatosplenico, encefalopatia, osteomielite e coinvolgimento oculare.

Nei pazienti immunocompromessi può essere causa di angiomasiosi bacillare, peliosi epatica, endocardite e batteriemia. In uno studio retrospettivo condotto negli Stati Uniti attraverso il Kids' Inpatient Database [10] nei bambini ricoverati per CSD, le complicanze più frequenti erano state neurologiche (12%) o sistemiche con coinvolgimento epatosplenico (7%). Le forme atipiche rappresentavano \approx 24% dei ricoveri per CSD. Il tasso nazionale di ospedalizzazione negli USA era di 0.60/100.000 bambini di età inferiore a 18 anni e 0.86/100.000 in quelli di età inferiore a 5 anni.

I bambini con presentazione epatosplenica presentavano febbre prolungata, dolore addominale ed epatosplenomegalia in circa il 50% dei casi. L'imaging addominale mostrava ascessi in più del 50% dei pazienti [2]. La variabilità dei sintomi, la difficoltà nel coltivare la *Bartonella* e la mancanza di un gold standard diagnostico rendono difficoltosa la diagnosi di CSD. I criteri proposti da Margileth nel 2000 [9] richiedono la combinazione di informazioni anamnestiche, sintomi, imaging, istologia e indagini infettivologiche tra cui i test sierologici e/o la ricerca del DNA batterico mediante PCR. Questi test sono tuttavia inficiati da un incerto valore predittivo: in particolare i test sierologici (metodiche IFA ed EIA) presentano un'alta variabilità per quanto riguarda sensibilità (14-100% per le IgG, 2-50% per le IgM) e specificità (34-100% per le IgG, 86-100% per le IgM) [2]. Nello specifico, il test IFA IgG per *B. henselae* è stato ampiamente esaminato e ha mostrato una sensibilità dell'88%-100% e specificità del 92%-98%. Analogamente il test EIA, quando la positività (IgM o IgG) per il test viene con-



Figura 3. Risonanza magnetica epatica, sequenza T2 TSE. Ben visibili numerose lesioni focali rotondeggianti disomogeneamente iperintense (solo alcune indicate dalle frecce)

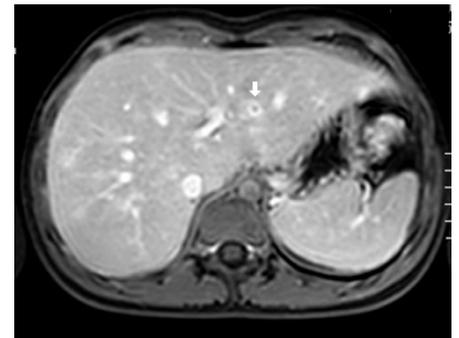


Figura 4. Risonanza magnetica epatica, sequenza Thrive dopo somministrazione di mezzo di contrasto. Numerose lesioni focali subcentimetriche che mostrano sfumata impregnazione. La lesione più voluminosa mostra impregnazione periferica con risparmio del core centrale (freccia).

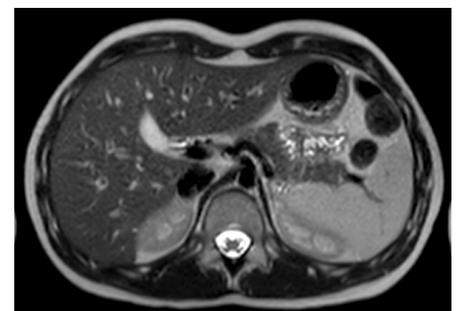


Figura 5. Risonanza magnetica epatica effettuata a 40 giorni dalla sospensione della terapia. Non si evidenziano gli ascessi visualizzati nella risonanza precedente.

siderata diagnostica per l'infezione anti-*B. henselae*, ha mostrato sensibilità dell'85% e specificità del 98%-99% [11]. Metodiche di diagnostica più avanzata come la PCR su sangue hanno un'utilità limitata per la ridotta sensibilità (43-76%), per la ridotta disponibilità nei laboratori ospedalieri e per il costo elevato [2]. La presenza di granuloma all'esame istologico suggerisce la diagnosi di Bartonellosi, se vi è il sospetto clinico. Per ottenere una maggiore sensibilità può essere utilizzata l'immunostochimica mediante un anticorpo monoclonale specifico o la PCR su tessuto. Entrambi i test presuppongono un forte sospetto diagnostico, considerata la limi-

TABELLA 2. Principali indagini infettivologiche e immunologiche	
TEST	RISULTATO
Emocoltura	negativa
Mantoux	negativa
Diagnostica immunologica di infezione tubercolare (IGRA test)	negativa
Ricerca anticorpi anti echinococco IgG	negativa
Sierodiagnosi di Widal-Wright	negativa
Ricerca anticorpi anti- <i>Brucella</i> IgM e IgG con metodo immunoenzimatico	negativa
Ricerca di anticorpi anti- <i>Leishmania</i> con metodo immunocromatografico	negativi
Ricerca anticorpi anti- <i>Borrelia</i> IgM e IgG con metodo immunoenzimatico	negativa
Ricerca anticorpi anti- <i>Leptospira</i> IgM con metodo immunoenzimatico	negativa
Ricerca anticorpi anti- <i>Rickettsia spp</i> IgM e IgG mediante immunofluorescenza	negativa
Ricerca anticorpi anti- <i>Amoeba</i> mediante emoagglutinazione	negativa
Ricerca anticorpi anti- <i>Bartonella</i> IgG e IgM con metodo immunoenzimatico	negativi
Ricerca di galattomannano e β D-glucano	negativo
Coprocoltura allargata	negativa
Test parassitologico delle feci	negativo
Ricerca di antigeni fecali mediante PCR per <i>Salmonella spp</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Campylobacter spp</i> , <i>E. coli</i> (EAEC, EPEC, ETEC, STEC-0157, EIEC), <i>Entamoeba histolytica</i>	negativa
Ricerca microscopica a fresco di <i>Amoeba</i> nelle feci	negativa
Immunoglobuline totali	IgG 17,6 g/l (vn 7-16) IgA 1,68 g/l IgM 3,06 g/l (vn 0,4-2,3)
Sottopopolazioni linfocitarie	Nella norma
EAEC: E. coli enteroaggregante; EPEC: E. coli enteropatogeno; ETEC: E. coli enterotossigeno; STEC: E. coli verocitotossico; EIEC: E. coli enteroinvasivo	

tata disponibilità e i costi [2]. Nel caso descritto si è deciso di ripetere il test sierologico con una metodologia diversa e in un laboratorio dedicato alle malattie infettive. La positività del secondo test ci ha permesso di porre diagnosi di CSD sistemica secondo i criteri di Margileth (ottenendo 3 criteri su 4) e di iniziare la terapia antibiotica con successo, senza ricorrere alla biopsia epatica. Anche la ricerca da parte della famiglia degli anticorpi anti-*Bartonella* nei gatti con cui la paziente è stata in contatto risultati positivi in un caso, hanno rafforzato il sospetto diagnostico. Il trattamento iniziale con azitromicina e ceftriaxone non è risultato efficace nella

nostra paziente, mentre l'associazione tra azitromicina per 7 giorni e doxiciclina per 30 giorni è risultata adeguata. In letteratura sono stati proposti diversi schemi di trattamento per la CSD sistemica. Da una metanalisi condotta nel 2013 sulla terapia risulta che la scelta è prevalentemente guidata dal parere di esperti e/o dalla suscettibilità microbica. Soltanto due studi sono stati selezionati: uno studio randomizzato e controllato che paragonava l'azitromicina versus placebo e uno studio osservazionale non randomizzato, che confrontava trimetoprim-sulfametossazolo, ciprofloxacina, gentamicina, rifampicina e nessun trattamento. L'analisi dei risultati

non risultava significativa in termini di efficacia della terapia. Un ulteriore studio su 19 pazienti mostrava una migliore risposta della rifampicina da sola o in combinazione [12].

La riduzione degli indici di flogosi è risultata relativamente rapida dopo l'inizio della terapia combinata con azitromicina e doxiciclina, mentre il tempo di risoluzione delle lesioni epatospleniche è stato piuttosto lungo ed è questo il motivo per cui la terapia con doxiciclina è stata prescritta per un mese. Dal punto di vista dell'imaging oltre alla riduzione del volume delle lesioni, riscontrabile sia con esame ecografico che con esame RM, anche il minor grado di impregnazione postcontrastografica, riscontrato durante gli esami RM di controllo, confermava la riduzione dell'attività flogistica nel parenchima immediatamente periascossuale.

La risposta al trattamento iniziale con azitromicina per 5 giorni è stata parziale e transitoria. Nel 2003 Bryant e Marshall hanno riportato che in un caso di CSD epatosplenica non rispondente a trattamento antibiotico, la terapia con prednisone (2 mg/kg/die) per 10 giorni ha determinato risoluzione della febbre e delle lesioni epatospleniche [13]. È comunque importante osservare che la terapia immunosoppressiva deve essere utilizzata con cautela, poiché può contribuire a far sviluppare endocardite da *Bartonella* [14-15].

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- 1 la diagnosi di Bartonellosi sistemica è complessa e la non elevata accuratezza dei test diagnostici può essere fuorviante;
- 2 in presenza di un forte sospetto clinico, i criteri suggeriti da Margileth risultano ancora validi, poiché sottolineano l'importanza di verificare la presenza di infezione da *Bartonella* integrando diverse modalità diagnostiche: ricerca diretta del patogeno (PCR, coltura, immunoistochimica) e/o segni indiretti dell'infezione (anticorpi specifici, imaging, istologia);
- 3 da sottolineare, come sempre, l'importanza di un'accurata anamnesi che spesso può indirizzare verso un corretto sospetto diagnostico.

✉ marc.sarno4@gmail.com

La bibliografia è consultabile online.

Valutazione del profilo di dolore nel bambino con disabilità neurocognitiva severa: la scala Paediatric Pain Profile in lingua italiana

Valentina Francia*, Silvia Soffritti**, Manuela Mancini*, Sara Maiani**, Maria Cristina Mondardini*

*AOU di Bologna Policlinico, S. Orsola-Malpighi; **AUSL di Bologna, Ospedale Maggiore

La valutazione del dolore nei bambini con disabilità neurocognitiva è problematica e complessa, ad alto rischio di sottostima e di ritardi. Nel tempo sono stati proposti e validati strumenti dedicati.

Obiettivi: il progetto nasce dall'esigenza di disporre della versione validata in lingua italiana di uno strumento clinicamente utile, applicabile in più setting, in grado di valutare lo stato di dolore persistente nella sua globalità e le sue variazioni nel tempo.

Metodi: è stata eseguita un'analisi di confronto tra le scale validate per individuare quella che meglio rispondesse all'obiettivo ed è stato esaminato il percorso di traduzione e adattamento per assicurare l'equivalenza tra le due versioni.

Risultati: la scala prescelta è la Paediatric Pain Profile di cui è stata eseguita la traduzione secondo le indicazioni dell'International Testing Commission.

Conclusioni: la scala Paediatric Pain Profile traccia un profilo completo e approfondito del dolore nel bambino con disabilità neurocognitiva, costituendo un documento prezioso per i curanti. Disporre della versione validata in lingua italiana costituisce un valido aiuto per rispondere prontamente e adeguatamente ai bisogni di cura del bambino con disabilità.

Pain assessment in children with intellectual disabilities (ID) is difficult and complex, with a high risk of underreporting and delays. Specific assessment tools and scales have been developed and validated over time.

Aims: the project arises from the need to have an Italian version of a validated assessment scale for children with ID who have persistent or recurrent pain, clinically helpful in different settings.

Methods: a comparative analysis has been performed between the validated tools to identify the one that best achieved the specific purpose. The translation and adaptation path was examined to ensure equivalence between the two versions.

Results: the Paediatric Pain Profile scale has been selected and translated following the International Testing Commission indications.

Conclusions: the Paediatric Pain Profile scale draws a comprehensive pain profile and it is a valuable record of information about child's pain history. Having an Italian version is helpful to the healthcare providers in order to promptly and adequately respond to the needs of the child with disabilities.

Introduzione

Il dolore accompagna frequentemente il bambino con grave disabilità. La patologia di base, le comorbidità e la continua necessità di procedure sono tra le principali cause. È un dolore ricorrente e spesso persistente, penalizza il già limitato repertorio di abilità fisiche e blocca il potenziale di future acquisizioni. Ha un grande impatto sulla qualità di vita di tutto il nucleo familiare e rappresenta un pesante aggravio di interventi assistenziali [1,2]. La sua valutazione è difficile, resa problematica dall'ampia gamma di limitazioni espressive e comunicative ed è ad alto rischio di sotto-

stima e di ritardo [3]. La scelta dello strumento di valutazione è molto importante. Né le scale di autovalutazione, sebbene ne siano state prodotte versioni semplificate con risultati interessanti [4,5], né quelle osservazionali di comune impiego possono essere considerate il gold standard. È necessario ricorrere a strumenti dedicati, sviluppati sugli indicatori comportamentali e di espressione, più tipici. Seppure i comportamenti di dolore siano specifici e unici differendo da paziente a paziente, mostrano spesso sovrapposizioni ed è possibile categorizzarli. Nel tempo sono state proposte diverse scale algometriche os-

servazionali specificamente disegnate per il bambino con disabilità cognitiva, al fine di disporre di strumenti standardizzati, clinicamente utili, psicometricamente validi, senza dover ricorrere a scale individuali. La maggior parte di queste scale coinvolge nella valutazione i genitori/caregivers, principali interpreti dei comportamenti del bambino e delle loro variazioni. Al momento solo FLACC revised [6] e NCCPC-PV [7] hanno una versione tradotta in lingua italiana validata. Per facilità d'uso, tempo di somministrazione e applicabilità anche in assenza dei genitori/caregivers, sono utilizzate prevalentemente in ambiente ospedaliero per la valutazione del dolore periprocedurale.

Obiettivi dello studio

- 1 Individuare, tra le scale algometriche dedicate al bambino con disabilità neurocognitiva, quella che più risponde ai requisiti di strumento clinicamente utile, applicabile in più setting, in grado di valutare lo stato di dolore persistente e ricorrente nella sua globalità e il suo andamento nel tempo.
- 2 Realizzare la versione tradotta e adattata in lingua italiana della scala individuata e intraprenderne il processo di validazione.

Materiali e metodi

Il progetto ha coinvolto un gruppo multidisciplinare di professionisti pediatrici dedicati, costituito da: due medici, due infermiere e una psicologa.

Sono state esaminate e messe a confronto le scale algometriche dedicate al bambino con disabilità cognitiva, validate dal 2001 a oggi: DESS (Echelle Douleur Enfant San Salvador), NCCPC (Non-Communicating Children's Pain Checklist), FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) revised, PPP (Paediatric Pain Profile), INRS (Individualized Numeric Rating Scale).

È stato inoltre analizzato il percorso di traduzione e validazione di un questionario in una lingua diversa da quella originale per assicurare che la versione tradotta riflettesse gli stessi contenuti di quella originale adattandola al diverso contesto culturale e linguistico, risolvendo eventuali discrepanze e conseguendo l'equivalenza tra le due versioni [8,9].

Risultati

Il confronto tra le scale (Tabella 1) ha portato alla scelta della Paediatric Pain Profile [10,11]. Questa scala è applicabile in ospedale, a domicilio e in strutture residenziali. Traccia il profilo di dolore del bambino nella sua globalità, valutando lo stato di base di una giornata di benessere e di una giornata di massimo dolore i cui punteggi costituiranno un range personalizzato entro cui interpretare il valore della singola rilevazione. Costituisce un documento scritto che i genitori conservano, un dossier dello storico di dolore del bambino. Lo score di ciascuno dei 20 item della scala va da 0 a 3 (per niente, poco, abba-

stanza, molto) con un intervallo complessivo di punteggio da 0 a 60. Il valore di cut-off è 14, a partire dal quale si segnala la presenza di un dolore che richiede intervento.

Ma riguardo al cut-off, va nuovamente sottolineato come nella scala PPP sia attraverso il riferimento ai valori individuali assegnati durante la valutazione nella giornata di benessere e in quella di massimo dolore, che si individua un range di cut-off personalizzato entro cui interpretare la singola rilevazione.

Sono state schedate le fasi del percorso di traduzione secondo le linee guida dell'International Testing Commission, analogamente a un precedente lavoro di conversione in lingua brasiliano-portoghese [12].

Il primo step ha portato al contatto con l'Autrice, Anne Hunt, e alla proposta di una sua collaborazione. Sono state richieste informazioni circa il copyright e l'eventuale esistenza di altri progetti di traduzione in corso. Per il copyright sono stati presi accordi con UCL Business PLC.

Il percorso si è sviluppato in cinque fasi (Figura 1).

- Fase 1
Due traduttori, uno madrelingua italiana e professione medica e l'altro bilingue senza conoscenze della materia in oggetto, hanno fornito una traduzione dalla lingua originale a quella italiana.

- Fase 2
È stata prodotta una sintesi delle due traduzioni valutando e favorendo, per ogni singolo item, la migliore chiarezza.

- Fase 3
La sintesi prodotta dalla fase 2 è stata quindi tradotta dall'italiano all'inglese (back-translation) a opera di un traduttore madrelingua inglese non informato né a conoscenza dei concetti esplorati. La back-translation è stata inviata all'Autrice che ha confrontato ed è intervenuta per risolvere le discrepanze con la versione originale.

- Fase 4
Il gruppo si è riunito per accogliere i suggerimenti dell'Autrice, discutere le successive modifiche della versione italiana,

TABELLA 1. Confronto tra le scale						
	DESS (2001)	NCCPC-revised (2002)	NCCPC-PV (2002)	PPP (2004)	FLACC revised (2006)	INRS (2010)
Che cosa viene osservato	Modificazione dei comportamenti abituali riferiti allo "stato base" del paziente	Quante volte ciascun item è stato visto o sentito durante l'osservazione	Quante volte ciascun item è stato visto o sentito durante l'osservazione	L'entità con la quale ciascun item occorre quando il bambino è in una 'buona giornata', durante le esperienze dolorose passate, e al momento della valutazione	Rispetto alla FLACC, include descrittori specifici per pazienti con disabilità cognitiva e comportamenti particolari forniti dai genitori	Genitori e caregiver segnalano su una scala di intensità da 0 a 10 indicatori personalizzati di dolore del paziente
Coinvolgimento genitori/caregiver nel definire la condizione di base e i comportamenti tipici	Sì	No	No	Sì	Sì	Sì
Setting utilizzato durante il percorso di validazione	Ospedale	Domicilio o Strutture residenziali	Ospedale	Domicilio, Strutture residenziali, Residenze di sollievo, Ospedale	Ospedale	Ospedale
Numero di item	10	30	27	20	5	-
Tempo di osservazione	10-15 minuti	2 ore	10 minuti	5 minuti	-	1 minuti
Età	6-33 aa	3-18 aa	3-19 aa	1-18 aa	4-21 aa	6-18 aa
Range di punteggio	0-10	0-90	0-81	0-60	0-10	0-10
Punteggio di cut-off	Cut-off di punteggio ≥ 6, indica che è necessario prescrivere un trattamento	Punteggio di 7 o più indica che il bambino ha dolore	Punteggio da 6 a10 indica dolore lieve; punteggio di 11 o più, dolore da moderato a severo	Un punteggio di 14 o più suggerisce dolore significativo, ma può variare per ogni singolo paziente	0-3, dolore lieve 4-6, dolore moderato 7-10, dolore severo	0, no dolore 5, dolore moderato 10, il peggior dolore possibile

DESS-Echelle Douleur Enfant San Salvador (Collignon, Giusiano); NCCPC-PV Non-communicating Children's Pain Checklist -Postoperative Version (Breau et al.); PPP-Pediatric Pain Profile (Hunt et al.); FLACC-Revised Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (Malviya et al.); INRS-Individualized Numeric Rating Scale (Solodiuk et al.)

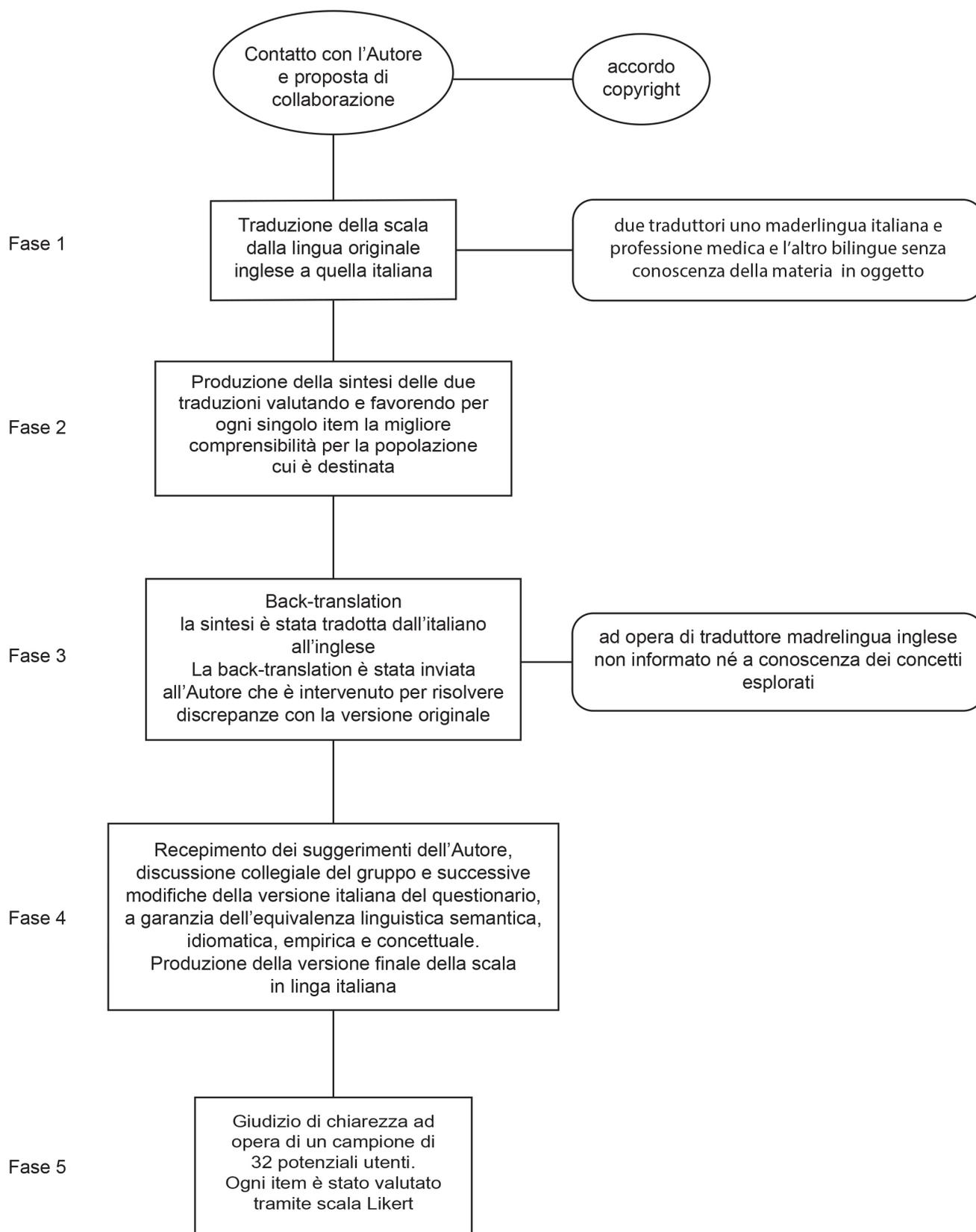


Figura 1. Percorso di traduzione e adattamento della scala Paediatric Pain Profile in lingua Italiana.

Oggi il mio bambino...	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Punteggio
È allegro	3	2	1	0	
È socievole o reattivo	3	2	1	0	
Sembra estraniato o Abbattuto	0	1	2	3	
Piange / si lamenta/ geme / urla o piagnucola	0	1	2	3	
È difficile da consolare o confortare	0	1	2	3	
Ferisce se stesso ad es. si morde o batte la testa	0	1	2	3	
È riluttante a mangiare /rifiuta il cibo (è difficile dargli da mangiare)	0	1	2	3	
Ha il sonno disturbato	0	1	2	3	
Fa le smorfie / contorce la faccia / strizza gli occhi	0	1	2	3	
Aggrotta la fronte o le sopracciglia / sembra preoccupato	0	1	2	3	
Sembra spaventato (con gli occhi spalancati)	0	1	2	3	
Digrigna i denti o fa movimenti con la bocca	0	1	2	3	
È inquieto nei movimenti, presenta agitazione motoria o è stressato	0	1	2	3	
Si tende, irrigidisce o ha Spasmi	0	1	2	3	
Flette le gambe o rannicchia le gambe al petto	0	1	2	3	
Tende a toccare o strofinare particolari punti del corpo	0	1	2	3	
Oppone resistenza all'essere mosso	0	1	2	3	
Si ritira o sobbalza quando viene toccato	0	1	2	3	
Si contorce / scuote la testa / si torce o inarca la schiena	0	1	2	3	
Ha movimenti involontari o stereotipati / trasale / ha le convulsioni	0	1	2	3	

Figura 2. Scala Paediatric Pain Profile in lingua Italiana.

a garanzia dell'equivalenza linguistica semantica, idiomatica, empirica e concettuale, e produrre la versione finale della scala in lingua italiana (Figura 2).

• Fase 5

Ogni item è stato valutato in termini di chiarezza, tramite scala Likert, da un campione di 32 potenziali utenti (Tabella 2). Con l'approvazione del Comitato Etico locale (n° 20/2017/O/Sper), è in corso la verifica della conservazione delle proprietà psicometriche per completare il percorso di validazione. È prevista l'applicazione clinica della scala tradotta a un campione di popolazione equivalente a quello dello studio originale.

Conclusioni

La scala Paediatric Pain Profile, monitorando lo stato di benessere-malessero del bambino, traccia un profilo individuale completo e approfondito compiutamente inserito nell'accezione globale del dolore. Raccogliendo nel tempo il vissuto personale di dolore persistente e le sue variazioni, crea un documento veramente prezioso per i curanti. Disporre della sua versione validata in lingua italiana costituisce un valido strumento, indispensabile per rispondere prontamente e adeguatamente ai bisogni di cura, ottimizzando la ricaduta sulla qualità di vita del bambino disabile e dei suoi familiari.

✉ mariacristina.mondardini@aosp.bo.it

La bibliografia è consultabile online.

TABELLA 2. Valutazione della chiarezza degli item della scala PPP in lingua Italiana								
Nei giorni buoni il mio bambino è...	pochissimo chiaro – 0	non chiaro 1	poco chiaro 2	chiaro 3	molto chiaro 4	Punt. min	Punt. medio	Punt max
È allegro				5	27	3	3.84	4
È socievole o reattivo			2	17	13	2	3.34	4
Sembra estraniato o abbattuto		3	8	7	14	1	3	4
Piange/si lamenta/geme/urla o piagnucola				7	25	3	3.78	4
È difficile da consolare o confortare				8	24	3	3.75	4
Ferisce se stesso ad esempio si morde o batte la testa				6	26	3	3.81	4
È riluttante a mangiare/rifiuta il cibo (è difficile dargli da mangiare)			2	9	21	2	3.59	4
Ha il sonno disturbato	1		2	12	17	0	3.37	4
Fa le smorfie/contorce la faccia/strizza gli occhi			2	8	22	2	3.62	4
Aggrotta la fronte o le sopracciglia/sembra preoccupato		1	4	10	17	1	3.34	4
Sembra spaventato (con gli occhi spalancati)			1	11	20	2	3.59	4
Digrigna i denti o fa movimenti con la bocca		2	5	7	18	1	3.28	4
È irrequieto nei movimenti, presenta agitazione motoria o è stressato		2	4	12	14	1	3.18	4
Si tende, irrigidisce o ha spasmi	1	3	5	11	12	0	2.93	4
Flette le gambe o rannicchia le gambe al petto		2	3	7	20	1	3.4	4
Tende a toccare o strofinare particolari punti del corpo			2	9	21	2	3.59	4
Oppone resistenza all'essere mosso			5	13	14	2	3.28	4
Si ritira o sobbalza quando viene toccato		1	3	8	20	1	3.46	4
Si contorce/scuote la testa/si torce o inarca la schiena		2	2	8	20	1	3.43	4
Ha movimenti involontari o stereotipati/trasale/ha le convulsioni		7	5	8	12	1	2.78	4

La morte perinatale e il sostegno possibile



Claudia Ravaldi*, Carmen Rizzelli**

*Psichiatra, psicoterapeuta, Associazione CiaoLapo Onlus

**Psicologa, psicoterapeuta, Melograno-Centro Informazione Maternità e Nascita, Roma

Parlare di lutto perinatale implica il dover affrontare in modo “simultaneo” il tema della morte e della vita: si parla di lutto perinatale quando la morte sopraggiunge prima della nascita, durante la nascita, o poco dopo.

Dal punto di vista strettamente medico l'OMS definisce come “morte perinatale” la perdita di un figlio avvenuta tra la 28a settimana di gravidanza e i 7 giorni dopo il parto. La morte perinatale riguarda invece le morti avvenute durante l'intera gestazione. Questa distinzione, che ha l'obiettivo di fare chiarezza sulle cause di morte e di strutturare i doveri approfondimenti diagnostici distinti per epoche gestazionali, non deve tuttavia essere intesa come “distinzione” psicologica o psicosociale: il lutto perinatale, infatti, non segue questa netta divisione “per settimane”, e numerosi sono i report in letteratura che indicano come la perdita, prenatale o perinatale che sia, si associ a “segni e sintomi” del lutto molto specifici e definiti, indipendentemente dall'età gestazionale e dalle cause che hanno portato al decesso.

Negli ultimi anni l'attenzione alle morti perinatali è gradualmente aumentata da parte della comunità scientifica e della società e altre riviste di pediatria hanno dato spazio a questo argomento. Tuttavia la mortalità perinatale resta ancora un tema “sostanzialmente invisibile nelle discussioni globali sulla salute materna e neonatale”. Così come risultano minimizzati o ancora troppo poco riconosciuti gli effetti psicologici e gli aspetti sociali collegati all'esperienza luttuosa di genitori e familiari.

Di fatto la morte durante la gravidanza, al parto o dopo la nascita, considerata un evento drammaticamente frequente in passato, è oggi ritenuta rara e dunque piuttosto marginale dall'opinione pubblica e dalle istituzioni.

Per questo accogliere e affrontare questo argomento, difficile ma necessario, in una rivista rivolta ai pediatri che si occupano di famiglie con bambini, è un gesto di apertura mentale e culturale: parlare di lutto in gravidanza o dopo la nascita permette di conoscere alcune informazioni cardine su come funziona la mente umana, so-

prattutto femminile ma non solo, dopo un evento traumatico come questo. Al tempo stesso permette di comprendere in modo più ampio e rispettoso le famiglie colpite da lutto perinatale alle prese con le gravidanze successive o con la crescita di bambini nati dopo l'evento. Il carico di ansia e di tristezza del lutto perinatale spesso non si estingue con la nuova gravidanza fisiologica, ma permane, anche a distanza di anni, anche con la nascita di un bambino perfettamente sano.

Per i pediatri, poter inquadrare il tema del lutto perinatale e delle sue propaggini nelle famiglie dei loro assistiti può favorire la comprensione di alcuni comportamenti dei genitori e di alcune loro paure, e anche permettere loro di fare la differenza nella relazione di cura.

Nel presente articolo cercheremo di offrire alcuni punti chiave relativi agli aspetti psicologici e sociali del lutto perinatale e prenatale, così da stimolare nei lettori una riflessione su un tema che nel nostro Paese resta un *tabù* anche tra i professionisti della salute.

I numeri su cui riflettere

Nel 2015 a livello mondiale ci sono stati 2,6 milioni di bambini nati morti dopo le 28 settimane di gestazione. E sebbene il 98% di questi decessi si siano verificati nei Paesi a basso e medio reddito, anche nei Paesi ad alto reddito questo fenomeno non può ritenersi un “problema del passato”. In Italia una gravidanza su sei si interrompe, più spesso nella prima metà della gravidanza, più raramente nell'ultimo trimestre, con la morte del bimbo atteso. Solo le perdite perinatali riguardano 1362 famiglie, ma se ci riferiamo alle morti perinatali, il numero aumenta enormemente. Nel nostro Paese il lutto in gravidanza e dopo la nascita riguarda circa 150.000 genitori ogni anno. Nonostante l'impatto numerico non trascurabile, il nostro Paese lo considera ancora troppo spesso un non evento: difficilmente si contempla che la morte di un figlio durante la gestazione, al parto o dopo la nascita possa originare un vissuto di lutto perché questa morte è considerata troppo precoce e perché il figlio o la figlia sono stati vissuti, percepiti e co-

nosciuti solo all'interno del ventre materno. Come si fa a sentirne la mancanza?, si chiede qualcuno. Perché questa sofferenza? Come si fa a provare amore per chi non si è visto? A sentirsi in relazione con lui/lei quando è ancora parte di te?

L'esperienza clinica e la letteratura sul tema e sulla psicotraumatologia evidenziano invece che queste morti suscitano un lutto vero e proprio, ritenuto per le sue caratteristiche intrinseche un vero e proprio lutto traumatico, tanto più difficile da elaborare quanto più è minimizzato e negato da se stessi, dagli altri significativi e dal contesto socioculturale.

Il lutto per la morte prenatale e perinatale

Il lutto per la morte di un figlio prima di nascere o dopo la nascita è, come tutti i lutti, un evento che sconcerta, che frantuma le nostre aspettative, la nostra sicurezza personale.

È un'esperienza traumatica che colpisce la coppia in modo improvviso e inaspettato, scaraventandola bruscamente e spesso inspiegabilmente dal mondo *con* il figlio atteso al mondo *senza*: questo salto di prospettiva, questo cambio di scena, suscitano vissuti di lutto profondo, di lacerazione spesso identitaria (*senza il mio bambino, io adesso cosa sono?*) con possibili *empasse* nel ciclo di vita individuale, di coppia e familiare.

Le emozioni e i vissuti sperimentati dai genitori si presentano quasi sempre tutti insieme o in rapida successione, senza un ordine stabilito o una durata uguale per tutti: le coppie, soprattutto le donne, riferiscono di provare dolore, rabbia, auto-diretta o eterodiretta, disperazione, vergogna (spesso per il proprio corpo, pensato come incapace, e per non essere “come le altre madri”) e colpa (per non avere impedito all'accaduto di accadere), ansia, inadeguatezza, perdita di senso e vuoto.

Le emozioni dopo un lutto perinatale arrivano “a tutto volume”, con profonda intensità e si agitano burrascosamente dentro i genitori, al punto da lasciarli per mesi spaesati e come tramortiti dal peso del lutto e da tutte le sue declinazioni e sfumature. Il lutto perinatale è dunque un terremoto emotivo che sconquassa e lascia ro-

vine da rimettere insieme e ferite profonde di cui è necessario occuparsi con premura e attenzione.

Questo dolore non dipende dall'epoca gestazionale in cui sopraggiunge la perdita perinatale, ma piuttosto dall'investimento affettivo e dal legame di attaccamento tra i genitori e la loro creatura, che spesso è già presente a partire dal desiderio o dal concepimento. Il legame col nascituro è fatto di pensieri, sentimenti, fantasie, immagini, nomignoli che contribuiscono a rendere il bambino, e quindi i suoi genitori, sempre più concreti e presenti, non solo sul piano dell'immaginazione ma anche sul piano fisico.

Chi si occupa di gravidanza, parto e perinatalità sa che durante tutta la gestazione la coppia è coinvolta nella costruzione della propria genitorialità, del legame di attaccamento con il figlio o la figlia attesi, nella riorganizzazione della propria identità in trasformazione integrando funzioni e ruoli paterni e materni.

Per questo motivo, quando la gravidanza si arresta, si interrompe un processo tanto fisico quanto psicologico ed emotivo, identitario e progettuale.

Il lutto perinatale e prenatale è una perdita multipla

Il lutto perinatale e prenatale è una perdita multipla e particolarmente gravosa da metabolizzare (T. Rando, 1991), perché riguarda la perdita di un "oggetto d'amore" (il bambino, quel bambino), la perdita di un progetto e di una funzione specifica (la perdita di quella gravidanza, e quindi della fiducia nel proprio corpo e nella propria capacità generativa), la perdita di un bambino NON nato, che scardina tutti i rassicuranti principi temporali per cui si nasce e poi si muore: il viceversa è così angosciante e stonato da non essere contemplabile.

Si ha dunque un lutto stratificato, che contiene lutti diversi, in un unico evento.

1 La perdita del/la figlio/a, in utero o subito dopo la nascita, è una perdita destinata a "sospendere" un legame affettivo specifico e diverso da tutti i legami che l'uomo intreccia durante la sua vita: ciò che viene a mancare è un figlio conosciuto «a livello immaginario, percepito poi come realmente presente ma scomparso prima di essere attivamente conosciuto» (Claudia Ravaldi). Su questo legame sospeso, e sulla particolare difficoltà a elaborare questo lutto atipico secondo la comune ritualità degli altri lutti, si è molto riflettuto, per individuare le migliori strategie per offrire sostegno alle donne e alle coppie al fine di evitare i rischi di lutto complicato.

BOX 1. CiaoLapo

CiaoLapo è una associazione Onlus scientifico-assistenziale, nata nel 2006 a Prato con l'intento di colmare il grave vuoto sociale, scientifico e culturale intorno alla morte peri-natale in Italia. CiaoLapo ha iniziato la sua storia con un sito internet (www.ciaolapo.it) che oggi è visitato da migliaia di utenti ogni giorno, all'interno del quale è attivo un forum facilitato da operatori formati e attivamente frequentato da migliaia di donne, che negli anni hanno creato un'attiva e arricchente rete di scambio, confronto e conoscenza tra pari. Oggi CiaoLapo è presente in 14 regioni Italiane con altrettanti gruppi di automutuoaiuto e oltre 40 volontari dedicati al primo sostegno sia degli operatori coinvolti nella care che dei genitori colpiti da lutto in gravidanza e dopo la nascita.

CiaoLapo ha organizzato 16 congressi per i professionisti sanitari e oltre 200 corsi di formazione vis a vis in varie città italiane: dal 2016 la formazione sul modello operativo, teorico e pratico di CiaoLapo sul lutto perinatale è anche a distanza, grazie alla piattaforma FAD.

CiaoLapo promuove la ricerca, pubblicando lavori su riviste nazionali e internazionali, e la divulgazione scientifica: ha pubblicato negli anni 13 libri di psicoeducazione e di automutuoaiuto per genitori, famiglie ed operatori.

Piccoli Principi, il primo libro di CiaoLapo sul lutto perinatale, è stato stampato in 10.000 copie, ed è distribuito gratuitamente a consultori e punti nascita. Una versione in pdf è scaricabile nell'area documenti del sito internet.

Dal 2007 CiaoLapo è promotore per l'Italia del 15 Ottobre, la giornata mondiale della consapevolezza sul lutto perinatale, che organizza in 50 città grazie alla sua rete di volontari.

BOX 2. Il Melograno

Il Melograno – Centro Informazione Maternità e Nascita: dal 1983 è a Roma per sostenere una nuova cultura della maternità, della nascita e della prima infanzia, il riconoscimento del valore sociale della maternità, la promozione del diritto alla salute e all'uguaglianza di dignità delle donne e dei bambini, il rispetto dei bisogni dei protagonisti della nascita, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Offre alle donne e alle coppie servizi di supporto e assistenza, strumenti informativi e luoghi di incontro, accompagnando le coppie e le famiglie dalla gravidanza al parto, al puerperio, ai primi anni di vita del bambino.

Attualmente a livello Nazionale sono presenti 20 Centri in diverse regioni.

Con le sue attività sostiene da sempre donne e coppie accogliendo la nascita e la perdita, stando accanto a tutti i genitori, anche a coloro che hanno vissuto un'esperienza di lutto perinatale.

Da alcuni anni è presente presso la sede del Melograno di Roma "Demetra - dar voce al silenzio", un servizio psicologico di sostegno all'elaborazione del lutto perinatale rivolto ai genitori e ai famigliari e al contempo uno spazio, sia individuale che in gruppo, di accompagnamento nelle gravidanze successive a una perdita.

www.melgranoroma.org; www.melograno.org; info@melgranoroma.org

- 2 La perdita della funzione del corpo e la conseguente sfiducia nelle proprie capacità generative.
- 3 L'impensabilità di un lutto, spesso negato e negletto, che sconvolge l'ordine "naturale" delle cose (non si muore prima di nascere; i genitori non seppelliscono i figli; imprevedibile, inconcepibile).
- 4 La perdita del progetto genitoriale di una coppia e la perdita del processo evolutivo identitario (le differenze tra uomini e donne nella reazione al lutto perinatale sono molte e ben descritte, e andrebbero discusse con la coppia in modo da evitare quanto possibile complicazioni nella relazione).
- 5 L'interruzione del legame di attaccamento *in fieri* con quel particolare figlio/a, non sostituibile da altri figli, non viabile se non attraverso la metabolizzazione del lutto, percorso che impegna le energie della coppia per molti mesi, spesso per anni.

Sostenere che a ogni epoca gestazionale ci sia un vissuto di lutto non vuole negare le differenze che possono evidenziarsi nel lutto stesso in base alle specifiche fasi della gravidanza in cui l'esperienza drammatica si presenta.

Ogni lutto è diverso. *In primis* perché le persone che lo vivono sono diverse per la storia personale, per la storia della coppia e della gravidanza, per le cause della morte e le circostanze in cui è avvenuta, in base all'assistenza sanitaria e al sostegno emotivo che le persone coinvolte hanno ricevuto, nell'immediato e successivamente, da parte di operatori, familiari e amici. E poiché ogni fase della gravidanza ha delle caratteristiche psicofisiche specifiche; anche il periodo gestazionale in cui è avvenuta la morte del figlio differenzia il lutto e il suo processo.

L'esperienza con coppie colpite dalla morte prenatale ci mostra per esempio come un aborto spontaneo nella prima metà della gravidanza esponga i genitori a un

maggiore pregiudizio culturale rispetto al vissuto di lutto suscitato dalla perdita del proprio figlio (*Perché soffri? Era un embrione non un bambino!*). E come questo generi un sentimento di incomprensione e di rabbia maggiore, così come maggiori sentimenti di vergogna, inadeguatezza e fallimento/tradimento del proprio corpo. Il lutto per il figlio e il lutto per la propria capacità generativa tendono più facilmente a sovrapporsi e le difficoltà nella relazione di coppia possono essere più frequenti: fin dal concepimento la donna è coinvolta in un'esperienza tanto psicologica quanto corporea mentre spesso, se la morte del proprio figlio avviene nei primi mesi dell'attesa, l'uomo non ha avuto un tempo adeguato per cominciare a costruire la relazione di attaccamento e i primi mattoni psichici della sua nuova identità paterna. Questo differente modo di vivere l'esperienza rischia di far nascere incomprensioni e distanze comunicative e affettive.

Se la gravidanza si interrompe nella seconda metà della gestazione o a termine, assumono una centralità terapeutica per i genitori i bisogni legati all'accoglienza del figlio, alla cura rispettosa del suo corpo da parte del personale ostetrico e infermieristico. Così come il bisogno di informazioni e di supporto empatico al processo decisionale autonomo legato alla scelta di stare o meno insieme al figlio morto, per conoscerlo fuori dalla pancia e raccogliere ricordi. Centrale è ancora il diritto/bisogno di ricevere informazioni sull'autopsia e sulla sepoltura/cremazione. Dai racconti delle donne e delle coppie di genitori in lutto emerge che aver scoperto solo a distanza di anni che in ospedale, nel corso dell'esperienza traumatica, avrebbero potuto scegliere di conoscere il/la figlio/a, di toccarlo/a e prenderlo/a in braccio, pre-disporre un rito di commiato e seppellirlo/a, è stato molto doloroso. Si sono sentiti defraudati e usurpati di un'esperienza socio-emotiva che aiuta il riconoscimento della realtà della morte e a cominciare l'elaborazione del lutto.

I vissuti e i bisogni dei genitori che subiscono l'esperienza di perdita perinatale e prenatale andrebbero riconosciuti e rispettati come parte integrante dell'assistenza di base e della *care* al fine di sostenere un processo di lutto fisiologico ed evitare gli effetti iatrogeni a breve e a lungo termine sulla loro salute psicologica.

Per i genitori conoscere varie opzioni di scelta ed essere rispettati nelle proprie decisioni autonome, durante l'evento traumatico o subito dopo, influenza il recupero del senso di competenza e fiducia in sé e sostiene il ripristino del controllo su una situazione in cui si vivono solo impotenza

e senso di irrealtà. L'assistenza di base in fase acuta centrata sull'empowerment può davvero migliorare l'adattamento alla perdita e le strategie di *coping*, facilitare una maggiore consapevolezza di sé e la capacità di accettare o di cercare aiuto e sostegno: l'instaurarsi di una valida relazione di rispetto, fiducia e supporto tra la donna o la coppia e l'operatore sanitario, non solo facilita l'espressione di risorse e competenze ma anche l'espressione del dolore e dell'eventuale disagio e la sua presa in carico.

Partendo dall'assunto che le modalità di intervento dei professionisti sanitari incidano sull'intensità delle reazioni al lutto e sulla sua elaborazione fisiologica versus complicata, Linee Guida Internazionali e Nazionali presentano indicazioni puntuali per aiutare e sostenere i genitori in lutto in modo competente, promuovendone risorse e capacità adattive. In particolare, le LG prevedono un'assistenza di base, in fase acuta, centrata sulla persona, partecipativa ed empatica, continuativa e multidisciplinare, che riconosca e rispetti gli aspetti psicoaffettivi della perdita subita e del lutto; attenta all'ascolto attivo e alle modalità di comunicazione efficace (semplice, diretta ed empatica), all'attività informativa, al supporto alle risorse (empowerment) e alle capacità decisionali di madri e padri in lutto.

Il peso di un tabù sull'assistenza e sul sostegno psicosociale

Non di rado a causa del tabù socioculturale e dell'insufficiente informazione e formazione sul tema gli stessi operatori sanitari ma anche i familiari e gli amici non accompagnano, non sostengono e si "difendono" dal dolore col distacco, l'assenza e spingendo la coppia genitoriale a negare il lutto, a "essere forti" e a superare in fretta se possibile con un'altra gravidanza. Intorno alla coppia spesso c'è il silenzio dell'incomprensione, del giudizio e della paura. Oppure parole che invece di consolare feriscono.

In questo vuoto comunicativo e relazionale i genitori si sentono soli, confusi e spesso sbagliati. L'assenza è un aspetto centrale della loro esperienza: l'assenza del figlio/a, l'assenza di assistenza adeguata, l'assenza di sostegno delle persone care. Scaraventati improvvisamente nel "mondo senza" e privi di supporto e riconoscimento del proprio dolore i genitori si chiedono se sia legittimo sentire emotivamente ciò che provano, come sia normale sentirsi, se c'è un modo giusto, unico e uguale per tutti; come poter esprimere quello che hanno dentro e per quanto tempo durerà il lutto. Provano un profondo disorientamento

e possono chiudersi, isolarsi e fuggire dal proprio cordoglio. E questo può complicare il lutto e la sua elaborazione.

Una conoscenza scevra da pregiudizi tutela la salute

Sulla base di tali considerazioni, è importante per gli operatori sapere, e terapeutico per i genitori in lutto averne consapevolezza, che non esiste un'elaborazione del lutto che sia veloce e lineare. Ed è importante comprendere che il figlio perso non potrà mai essere sostituito da un'altra gravidanza e da un altro figlio. Ricevere le adeguate informazioni sul fatto che il cordoglio dopo la perdita perinatale è fisiologico e che riflette il valore dei legami di attaccamento con quello specifico figlio o con quella specifica figlia attesi contribuisce ad attivare le loro risorse interne, e permette loro di elaborare il lutto secondo le loro possibilità e le loro necessità.

Lo "zoccolo duro" del lutto perinatale è la ridefinizione del legame con il bimbo perduto. Per trasformare un "legame in presenza" in un "legame in assenza" i genitori devono poter disporre di un tempo adeguato per se stessi, che non può essere stabilito a priori, necessitano di potersi sentire responsabili e attenti e rispettosi nei confronti dei loro vissuti, e devono avere voglia di attraversare il dolore suscitato dalla perdita: tutto questo è più facile se la coppia percepisce sostegno sociale empatico da parte degli altri. Il processo di elaborazione non viene necessariamente alleviato dalla presenza di altri figli: in queste famiglie, colpite dal lutto, il carico emotivo può essere molto intenso sia per i genitori che per i figli stessi. Il pediatra può assumere quindi un ruolo di primaria importanza nel supporto della famiglia colpita da lutto perinatale e nell'ascolto partecipe dei bisogni di tutti i componenti, a partire dalle modalità di adattamento dei bambini alla perdita e alle difficoltà dei genitori. Sapere che il lutto non è una malattia è un'informazione utile per gli operatori e terapeutica per i genitori: ogni persona in lutto può mettere in campo le proprie risorse adattive e la propria resilienza in un processo di auto-risanamento soprattutto se accolta e accompagnata in modo sensibile e rispettoso da altri (che siano amici, familiari, operatori, specialisti) che fungono da figure di attaccamento.

Per i genitori inoltre è un diritto sapere che un'assistenza di base in ospedale rispettosa e sensibile e la presenza di sostegno psicosociale sono fattori dirimenti per un'elaborazione del lutto sana versus complicata/patologica. Come ogni lutto anche la perdita perinatale è a rischio di lutto complicato, con effetti negativi per

la salute psicofisica a breve e a lungo termine (sintomatologie ansioso-depressive, depressione, disturbo post-traumatico da stress), per le gravidanze successive (fobie, preoccupazioni e ansie versus distacco/di-investimento; ipercontrollo e ipermedicizzazione gravidanza e parto, difficoltà di allattamento) e per il futuro legame di attaccamento genitore-bambino (distacco o iperprotezione; lutto irrisolto nel genitore si associa a uno stile di attaccamento del bambino/a disorganizzato).

Il sostegno possibile

È indispensabile ricevere già in ospedale un'assistenza di base integrata che preveda tanto le cure fisiche quanto la 'care' psicologico-emotiva centrata sulla persona per ridurre l'impatto traumatico della perdita subita. Oltre che per non aggiungere altra sofferenza e traumi secondari che rendono più difficile e complessa l'elaborazione. Prima delle dimissioni e del rientro a casa sarebbe importante che i genitori riceversero informazioni della presenza sul territorio di gruppi di auto-mutuo-aiuto, di sportelli di supporto psicologico con personale competente a cui rivolgersi in caso di bisogno, della presenza di strumenti online moderati da personale appositamente formato, che si possono consultare liberamente senza alcun impegno: sapere di poter contare su strumenti vis à vis o online, strutturati e organizzati secondo i principali criteri internazionali di sostegno al lutto perinatale può dare grande

sollievo, far sentire meno soli e sostenere l'elaborazione del lutto.

Ricevere sostegno e sentirsi compresi aiuta i genitori ad avvicinarsi ai propri vissuti autentici e iniziare a prendersi cura di sé, del dolore e dell'amore che resta.

Conclusioni

Affinché si possa intervenire sui principali fattori di protezione e di rischio per la salute delle persone coinvolte e delle comunità di appartenenza, devono essere messe in campo azioni di formazione e sostegno per gli operatori sanitari, sostegno psicologico in ospedale e sul territorio ai genitori in lutto e azioni di sensibilizzazione sociale e culturale sul lutto perinatale. Interventi centrati sulle risorse delle persone coinvolte e sulle loro capacità di autorisanamento e di resilienza in una situazione drammatica e luttuosa.

Questa è la strada su cui ci muoviamo mettendo insieme le nostre forze, le nostre competenze e la voglia di cambiamento.

✉ claudia.ravaldi@gmail.com

✉ carmenrizzelli@gmail.com

Baroncini D, Bulfamante G, Facchinetti F. "La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale". 2008, Pensiero Scientifico Editore, Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1390_allegato.pdf.

Bowlby J. Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1983.

Convegno Nazionale LA GRAVIDANZA E LA PERDITA. Assistenza e sostegno quando fallisce il progetto del bambino perfetto. Macerata, 1-2 dicembre 2003. www.associazioneandria.it/media/pdf/ATTI-MACERATA.pdf.

Cozza, G. Quando l'attesa si interrompe. Il Leone Verde Edizioni, 2010.

Epicentro "Sorveglianza della mortalità perinatale". <http://www.epicentro.iss.it/itoss/SorveglianzaMortalitaPerinatale.asp>.

Maghella P, Pola V. La Perdita. La perdita di un bambino: il processo del lutto e il sostegno. Macroedizioni, 2005.

Muscialini. Maternità difficili. Psicopatologia e gravidanza: dalla teoria alla pratica clinica. Franco Angeli, 2010.

National Standards for Bereavement Care following Pregnancy Loss and Perinatal Death, 2016.

Onofri A, La Rosa C. Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evolutionistica e EMDR. Giovanni Fioriti Editore, 2015.

Ravaldi C. Il Sogno Infranto. Officina Grafica Editoriale, 2016.

Ravaldi C. La morte in-attesa. Iper testo Edizioni, 2011.

Ravaldi C. La tua culla è il mio cuore. Iper testo Edizioni, 2011.

Ravaldi C, Vannacci A. Assistere la morte perinatale: il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto. CiaoLapo Edizioni, 2018.

The Lancet (14 aprile 2011). La morte in utero. Edizione italiana a cura di Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci. CiaoLapo Onlus.

The Lancet (gennaio 2016). Prevenire le morti in utero Traduzione a cura di CiaoLapo Onlus.

Wallerstedt C, Lillery M, Baldwin K. Interconceptional counselling after perinatal and infant loss. JOGNN 2003;32:533-42.-

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione del quesito di p. 169

Lesione a bersaglio in adolescente

Lesione da paintball

Il paintball è un gioco che consiste nel raggiungere la base avversaria o eliminare l'avversario colpendolo con delle palline di gelatina riempite di vernice, sparate da strumenti ad aria compressa chiamati marker. La velocità della paintball può arrivare anche a 300 km/ora e la capsula si rompe con l'impatto sugli avversari, rilasciando il contenuto di vernice ed eliminandoli dal gioco. Esiste una consistente casistica di lesioni traumatiche da impatto con le paintball, soprattutto a carico dell'occhio, ma anche di organi interni come il fegato. In questo caso la lesione cutanea ha avuto una favorevole evoluzione spontanea in una decina di giorni (Figura).

1. Lee KM, Seery C, Khouri AS. Traumatic glaucoma due to paintball injuries: A case series. J Curr Ophthalmol 2017;29:318-20.
2. Luck J, Bell D, Bashir G. Paintball-related traumatic liver injury. BMJ Case Rep. 2016 Apr 27;2016.
3. Sbicca JA, Hatch RL. Target lesions and other paintball injuries. J Am Board Fam Med 2012;25:124-7.



Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi? Visita la pagina della rubrica al seguente link:

<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>

Farmaci e bambini: importanti novità dalle istituzioni italiane



Antonio Clavenna

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Farmaci e allattamento al seno: un documento in aiuto degli operatori sanitari (e delle mamme)

La terapia farmacologica rappresenta uno dei principali motivi di interruzione dell'allattamento al seno, nonostante il fatto che raramente i rischi per il lattante siano tali da richiederne la sospensione (temporanea o definitiva). Fornire informazioni corrette sul rischio associato all'uso di farmaci in allattamento è pertanto essenziale per sostenere la mamma che allatta. Purtroppo, invece, la mamma è spesso lasciata sola di fronte al (falso) dilemma "curarsi o allattare" e l'operatore sanitario a cui rivolgersi per consigli diventa spesso il pediatra che non è né il medico della madre, né il prescrittore della terapia. A questo riguardo il "Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno", pubblicato lo scorso febbraio sotto l'egida del tavolo tecnico per la promozione dell'allattamento al seno (TAS) del Ministero della Salute può rappresentare un'utile fonte di informazione. Il documento rappresenta un aggiornamento e implementazione di una precedente versione e ha visto la partecipazione nel gruppo di lavoro che ne ha curato la stesura anche dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Il documento cerca di fornire una risposta basata sulle evidenze disponibili alle richieste di informazioni più frequentemente poste dalle mamme che allattano. L'osservatorio di partenza è rappresentato dall'UO di Tossicologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, che da anni rappresenta un punto di riferimento per le informazioni su farmaci in gravidanza e allattamento (sono quasi 30.000 le richieste di informazioni su farmaci e allattamento nel corso del 2016). Per i principi attivi con il maggior numero di richieste è stata effettuata una ricerca nelle banche dati *Lactmed*, *Pubmed* ed *Embase* e i dati disponibili riguardanti la percentuale di dose materna assunta dal lattante, gli eventi avversi segnalati in letteratura e l'eventuale dose terapeutica autorizzata per l'uso nel neonato sono stati riassunti in sette tabelle che riguardano: farmaci antinfiammatori non steroidei, gastrointestinali, anestetici locali, antibiotici, antivirali e antimicotici, antistaminici e antiasmatici.

Il documento non ha la pretesa di essere completo ed esaustivo, ma di fornire la documentazione sulla compatibilità con l'allattamento al seno dei farmaci di uso comune, limitando potenzialmente alle situazioni più complesse il ricorso ai servizi di informazione teratologica.

Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&cid=3288

Farmaci per le cure palliative pediatriche

Si stima che in Italia siano circa 30.000 i minori eleggibili alle cure palliative pediatriche (CPP).

I trattamenti farmacologici palliativi, pur essendo basati su pratiche consolidate e specifiche linee guida, sono spesso impiegati nella pratica clinica in modo *off-label*, ovvero in maniera non conforme (per indicazione e/o via di somministrazione, posologia e formulazione) alle indicazioni autorizzate dalle agenzie regolatorie. Ciò è dovuto principalmente alla complessità di condurre studi randomizzati controllati in popolazioni fragili, quali adulti e bambini, nella fase terminale della vita, che comporta quindi la mancata registrazione di indicazioni in ambito palliativo e in assenza di alternative autorizzate, l'impiego *off-label* dei medicinali può rappresentare l'unica possibilità terapeutica. Il riconoscimento, recentemente avvenuto, da parte della Commissione Tecnico Scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco della rimborsabilità dei farmaci correntemente impiegati nelle CPP garantisce l'accesso alle terapie a una popolazione particolarmente fragile e complessa. Non solo, ma il documento elaborato dal tavolo tecnico composto da Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e dall'Agenzia Italiana del Farmaco, costituisce un importante riferimento per i clinici, dal momento che le schede riguardanti i 10 farmaci per cui è stato richiesto l'inserimento nell'elenco della legge 648/96 (butilbromuro di joscina, desmedetomidina, fentanile, gabapentin, ketamina, ketorolac, lidocaina, midazolam, ondansetron, scopolamina) riportano in dettaglio le evidenze disponibili a supporto della richiesta.

Tavolo Tecnico di Lavoro sull'uso dei farmaci per le Cure Palliative off-label. "Farmaci off-label in Cure Palliative (CP) per la popolazione pediatrica". <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/uso-label-dei-farmaci-le-cure-palliative-nelle-popolazioni-pediatria-e-adulta-0>

La terapia farmacologica nei bambini con disturbi neuropsichiatrici: ci sono bisogni ancora inevasi

Oltre che per le cure palliative pediatriche, anche per altre aree terapeutiche lo sforzo fatto in passato dai gruppi di lavoro pediatrici dell'AIFA necessita di un aggiornamento, come, per esempio, per la neuropsichiatria.

Come Laboratorio per la Salute Materno-Infantile ci siamo fatti promotori di una richiesta di aggiornamento formale delle liste dei farmaci pediatrici a uso consolidato già esistenti (legge 648/96) con l'inserimento, nello specifico, di 4 farmaci antipsicotici (aripirazolo, litio, risperidone e pimozide); per i primi tre si tratterebbe di estendere la rimborsabilità ad altre indicazioni pediatriche, oltre a quelle già autorizzate, mentre la pimozide non ha a oggi autorizzazione all'uso nei minori di 18 anni di età.

La richiesta è particolarmente rilevante per due disturbi (autismo e tic/sindrome di Tourette) per i quali in Italia l'unico trattamento farmacologico attualmente autorizzato è l'aloiperidolo. Nonostante le evidenze disponibili e le linee guida nazionali e internazionali indichino il risperidone (o in alternativa l'aripirazolo) come farmaci di scelta per il trattamento dell'irritabilità in soggetti con disturbi dello spettro autistico, questa indicazione non è tra quelle autorizzate e lo stesso vale per l'impiego di aripirazolo o pimozide nel trattamento di tic o sindrome di Tourette.

Confidiamo che la Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA possa fornire presto una risposta, così da garantire a soggetti particolarmente vulnerabili (e alle loro famiglie) l'accesso a terapie basate sulle migliori evidenze disponibili.

Bonati M, et al. Off label e diritto alle cure disponibili più appropriate. Il caso degli antipsicotici per i disturbi psichiatrici in età evolutiva. *Ricerca&Pratica* 2017;33:247-61.

✉ antonio.clavenna@marionegri.it

A proposito di obbligo vaccinale



Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo)

Con una certa enfasi sono stati diffusi i risultati raggiunti durante i primi mesi di applicazione della legge n. 119/2017, che reintroduce ed estende l'obbligo di vaccinazione sino ai 16 anni di età. La nuova norma ha effettivamente migliorato le coperture a 24 e 36 mesi dei vaccini individuati come obbligatori. Questa è la parte positiva della vicenda. Sotto la narrazione ufficiale c'è tuttavia una storia molto meno esaltante, che dovrebbe diventare oggetto di indagine scientifica da parte di sociologi e psicologi, una storia vissuta dai servizi vaccinali, dai pediatri di famiglia e dalla dirigenza scolastica e che merita di essere raccontata. Vediamo prima la parte positiva della vicenda. Il grafico in **Figura 1** riassume i dati nazionali relativi ai singoli antigeni vaccinali riuniti in due gruppi, riportando la copertura media per gli antigeni contenuti nel vaccino esavalente e per quelli contenuti nel trivalente morbillo, parotite e rosolia (MPR 1^a dose). È possibile osservare un calo delle coperture negli anni immediatamente successivi al 2013 e questo non stupisce, dato che il detonatore della grave crisi di fiducia cui abbiamo assistito fu la sentenza di Rimini del 2012 che, andando contro ogni evidenza scientifica, individuò un nesso causale vaccini-autismo. Nel 2017 non è ancora possibile osservare un aumento della copertura per quanto riguarda gli antigeni dell'esavalente, in quanto essa si calcola sulla terza dose e coloro che hanno iniziato il percorso di regolarizzazione dopo l'entrata in vigore della legge non hanno ancora avuto il tempo di completare il ciclo primario; è invece molto evidente il recupero di MPR, pari a più di 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente [1]. Non sono ancora disponibili i dati del recupero dei soggetti non vaccinati o solo parzialmente vaccinati appartenenti alle restanti classi di età, sino ai 16 anni, ma è lecito supporre che un aumento della copertura si sia verificato soprattutto nei bambini al di sotto dei 6 anni, per i quali la legge prevede l'esclusione dai servizi educativi per l'infanzia qualora i genitori non provvedano alla regolarizzazione. Concentrando la nostra attenzione su MPR, vediamo che la copertura a 24 mesi non solo ha recuperato, ma ha finanche leggermente superato i livelli pre-crisi: era pari al 90.3% nel 2013, ha raggiunto il 91.6% nel 2017. Possiamo quindi dire che, specialmente per il morbillo, la legge ha aumentato le coperture, anche se non sappiamo se una diversa strategia, basata su un programma intensivo di informazione della popolazione,

avrebbe potuto dare risultati simili (o finanche migliori). Oltre ad un miglioramento dell'informazione, altre strade potrebbero essere sperimentate: ad esempio un recentissimo studio suggerisce che rendere note le coperture vaccinali in ogni singola scuola è in grado di indurre sostanziali modifiche nell'atteggiamento dei genitori esitanti verso le vaccinazioni (2).

La legge 119/2017 ha degli evidenti difetti, in primo luogo la farraginosità, con quel complicato e tortuoso scambio di dati tra scuole e ASL (e viceversa) che una serie di circolari applicative ha cercato in qualche modo di razionalizzare, riuscendovi inevitabilmente solo in parte. In secondo luogo la legge ha alcuni punti deboli che i novax hanno subito individuato e imparato a sfruttare: per esempio il fatto che, per evitare l'esclusione dalla frequenza, fosse possibile presentare copia della prenotazione dell'appuntamento presso l'ASL; ciò ha innescato da parte di molte famiglie una strategia dilatoria basata sulla reiterazione di prenotazioni con appuntamenti più volte rinviati al fine di riuscire a completare l'anno scolastico. E qui inizia la parte meno nobile dell'intera vicenda, ma anche più interessante, come dicevo all'inizio, dal punto di vista sociologico e psicologico. Che cosa abbiamo visto in questi ultimi mesi? Anzitutto una recrudescenza della propaganda antivaccinale: non era mai accaduto in Italia di vedere cartelloni stradali con messaggi mirati a "mettere in guardia i genitori" dai rischi delle vaccinazioni. Per non parlare dei volgari attacchi subito sul web da alcuni di noi (incluso chi scrive) da parte dei sostenitori di bizzarre teorie (tra cui si annoverano alcuni medici), quale per esempio l'evergreen della polio che sarebbe scomparsa da sola unicamente grazie al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie. Un altro fronte molto attivo è stato quello degli studi legali. Le ASL e sovente anche le scuole hanno ricevuto diffide o ricorsi costituiti da pagine su pagine di lunghe e complesse disquisizioni che, facendo leva sui punti deboli della legge, miravano a guadagnare tempo ed evitare sia la vaccinazione sia l'esclusione dai servizi educativi per l'infanzia. Laddove non interviene l'avvocato, sono i genitori a inviare alle ASL lunghissime lettere contenenti, oltre a considerazioni di tipo giuridico e varie premesse di ordine "scientifico", anche un'infinita serie di quesiti che in realtà nulla hanno a che fare con il desiderio di essere informati, ma rispondono soltanto all'esigenza di poter dichiarare di essere insoddi-

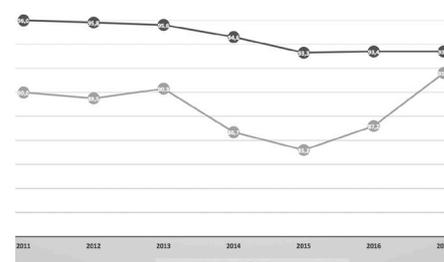


Figura 1

sfatti delle risposte ricevute e, di conseguenza, di essere impossibilitati a dare il consenso alla vaccinazione. Come operatore sanitario ho trovato tutta questa messa in scena molto avvilente, sia per chi la mette in atto sia per chi la subisce. Il dialogo e il confronto aperto tra operatori e cittadini sono stati sostituiti dal sotterfugio e dall'ipocrisia del "non abbiamo nulla contro i vaccini, ma...". E dietro quel "ma..." c'è un fenomeno sociale in cui si scorge un po' di tutto: diffidenza e delusione nei confronti delle istituzioni, percezione dei medici come portatori di conflitti d'interesse, scarsa capacità di guardare oltre le semplificazioni connaturate alla comunicazione imperante nei social network, ma talora anche disagio sociale, fragilità psicologica e insicurezza nel sostenere il difficile compito di genitore. Nessuna legge potrà mai risolvere questo groviglio di istanze, frustrazioni e rivendicazioni. Occorre un lavoro di comunicazione e di educazione, che non s'improvvisa e richiede studio, analisi, pazienza, impegno e risorse. La legge 119/2017 probabilmente sarà oggetto di modifiche da parte del nuovo governo: una sua abrogazione rischia di risultare incomprensibile agli occhi della maggior parte dei genitori, oltre a compromettere la credibilità dei programmi vaccinali, mentre una sua correzione intelligente potrebbe aprire strade nuove.

✉ medicinadeiviaggi@gmail.com

1. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Ricciardi W, Iannazzo S. Introduction of new and reinforcement of existing compulsory vaccinations in Italy: first evaluation of the impact on vaccination coverage in 2017. *Euro Surveill.* 2018;23(22):pii=1800238.

2. Cataldi JR, Dempsey AF, Allison MA, O'Leary ST. Impact of publicly available vaccination rates on parental school and child care choice. *Vaccine* 2018 <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.013> article in press

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Premio Strega ragazze e ragazzi 3a Edizione, Bologna 28 Marzo 2018

Il Premio Strega ragazze e ragazzi si arricchisce ogni anno di nuove iniziative e nuovi lettori. Le scuole coinvolte da 60 sono diventate 80, e a 20 scuole bolognesi sono stati regalati i titoli finalisti, così, nei giorni della Fiera, gli autori hanno incontrato i loro giovani lettori bolognesi. Quest'anno si è aggiunto un nuovo premio, un premio speciale alla migliore recensione, che è andato a Giulia Mereu, studentessa cagliaritana, per la sua recensione su "Il Grido del Lupo". Loredana Lipperini, prima di passare ai titoli in concorso, sottolinea l'importanza della lettura per coltivare la facoltà più specificamente umana, l'immaginazione, e cita la Rowling che con l'immaginazione ha cambiato la sua vita.

Tre gli autori stranieri e due quelli italiani in entrambe le categorie.

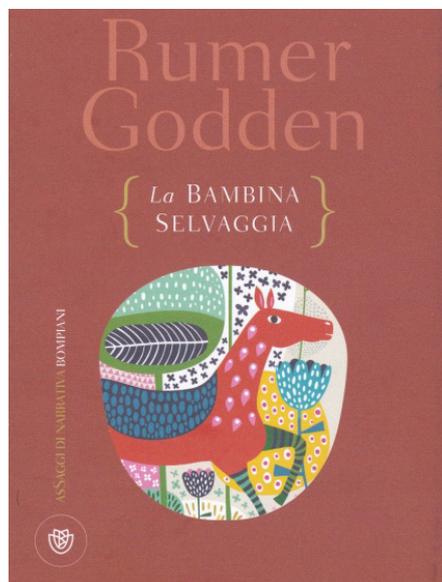
Ecco i dieci titoli finalisti.

CATEGORIA 6/10

La bambina selvaggia

di Rumer Godden, tradotto da Marta Barone Bompiani, 2017, pp. 201, € 13,00

Pubblicato in Inghilterra nel 1972 con il titolo *Diddakoi*, che si ritrova nel libro e significa "mezza zingara", racconta di Kizzy, una bambina che vive con la nonna e un cavallo in un carrozzone nel terreno dell'Ammiraglio Twiss. L'autrice, vissuta in India per gran parte della sua vita e

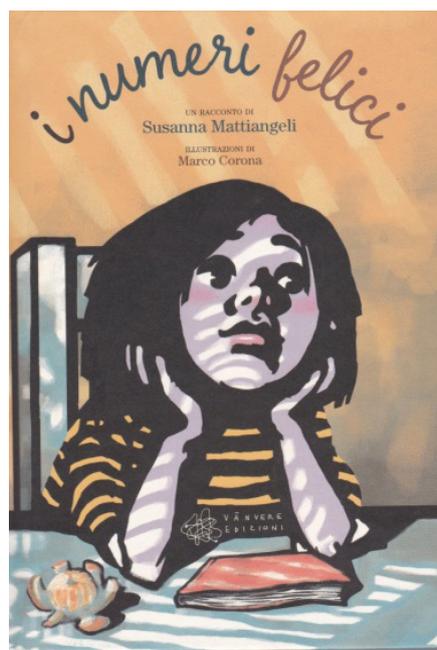


prolifica scrittrice, morta nel 1992, doveva avere sperimentato sulla sua pelle cosa significa una identità dimezzata e ne racconta con grande sensibilità. Come dice la traduttrice, non è un libro con la morale, è un libro che racconta quanto sia importante imparare a mettersi nei panni degli altri e stare con chi è diverso da noi senza pretendere di cambiarlo. Un tema che risulta particolarmente attuale.

I numeri felici

di Susanna Mattiangeli, illustrato da Marco Corona

Vanvere, 2017, pp. 79, € 13,00

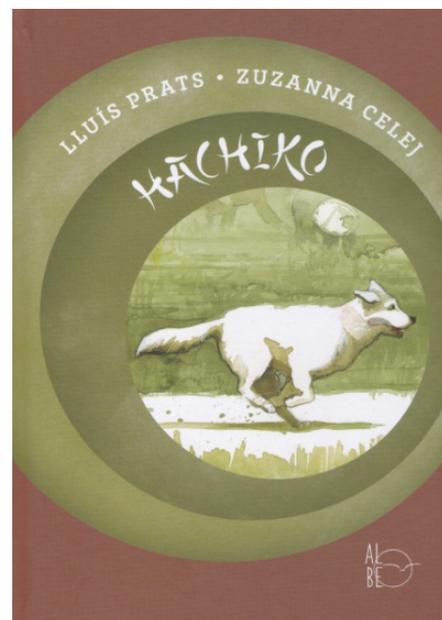


Delizioso libro dove Tina, la bambina protagonista, si racconta attraverso i numeri e ci insegna quanto i numeri siano presenti nelle nostre vite. È come un diario dei numeri, dove ogni giorno c'è un gioco nuovo, il numero dei suoi anni, quello dei suoi compleanni, quello dei suoi genitori e dei suoi amici. Il 10 per esempio è un numero felice e 10 sono gli anni di Tina. Leggendo impariamo a guardare ai numeri non come materia arida ma come sorgente di ispirazione e di vita.

Hachiko

di Lluís Prats, illustrato da Zuzanna Celej, traduttore Alberto Cristofari

Albe Edizioni, 2017, pp. 148, € 14,90



Nel 1987, in Giappone, la storia di questo cane è diventata un film e nel 2008 è uscito un film anche in Italia. Per la prima volta questa storia vera è stata raccontata ai giovani attraverso questo libro: pubblicato in Spagna nel 2015, è arrivato in Italia nel 2017. Tutto comincia nel gennaio 1924 quando il professor Elisaburo Ueno prende un cane per la figlia. L'autore racconta la vita di questa famiglia giapponese ai primi del Novecento e di come Hachiko, il cane, stringa un rapporto tale con il padrone da andare ogni giorno ad aspettarlo alla stazione. Quando l'uomo muore all'improvviso, il cane continua ad andare ad aspettarlo fino alla morte. L'autore ha voluto scrivere questa struggente storia per i ragazzi soprattutto "perché è una storia di solidarietà, speranza e felicità". Le illustrazioni di Zuzanna Celej trasformano le emozioni di questa storia in delicate immagini.

Io sono soltanto una bambina

di Jutta Richter, illustrato da Hildegard Muller, tradotto da Bice Rinaldi

Beisler, 2016, pp. 107, € 12,50

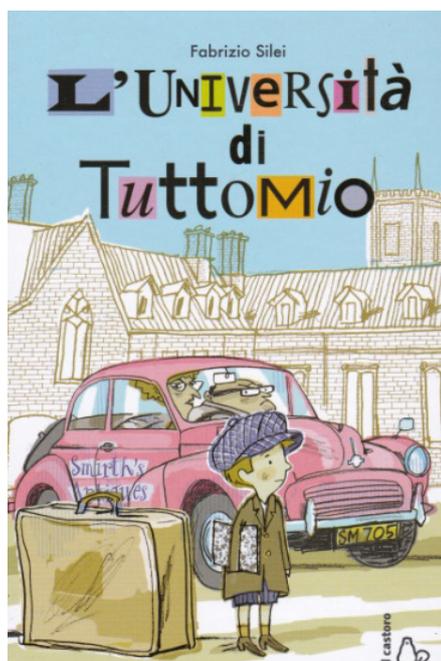
Hanna, la protagonista, racconta in prima persona la sua vita in famiglia e nella scuola. L'autrice sa come dare voce alle inquietudini dei bambini, ai loro dolori e ai loro desideri. Gli adulti intorno spesso non capiscono e per questo ogni capitolo del libro si conclude con Hanna che dice



“io sono soltanto una bambina”. Lo sguardo di Hanna sugli adulti è spiazzante come solo quello dei bambini sa esserlo. La Richter scrive con grande ironia e, per i giovani lettori, il divertimento è assicurato. Le illustrazioni sono particolarmente felici; nel primo disegno Hanna presenta la sua famiglia: la mamma, il papà n. 2 e lei con in mano la foto del papà n. 1. Pochi segni grafici, quasi che sia Hanna a disegnare con una matita, ma molto efficaci.

L'Università di Tuttomio

di Fabrizio Silei, illustrato da Adriano Gon
Il Castoro, 2017, pp. 285, € 13,50



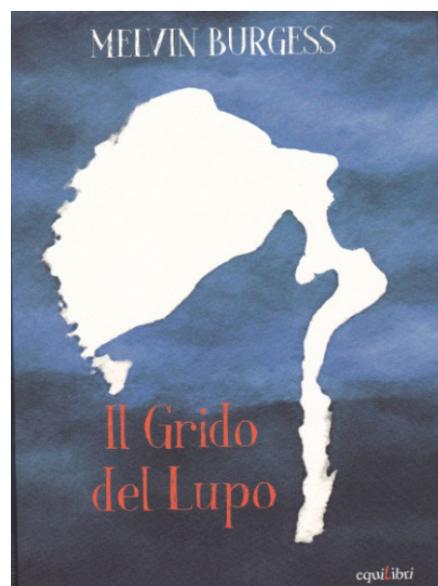
Il titolo altro non è che il nome di una scuola superprivata dove i ragazzi imparano a diventare egoisti, ambiziosi, competitivi. Quel “Tuttomio” si riferisce sia al verso della civetta che allo slogan della scuola,

la, dove l'imperativo è avversare qualunque forma di generosità individuale. Così quando i coniugi Smirth si accorgono che il loro unico rampollo, voluto per conservare il patrimonio e allevato in campagna da una balia, si rivela stranamente buono, generoso e sensibile, decidono di iscriverlo nella scuola Tuttomio, già frequentata dal padre con successo. Se, come dice la Lipperini, gli adulti in questo libro fanno una brutta figura, l'autore aggiunge che, almeno all'inizio, i bambini sono migliori degli adulti.

CATEGORIA +11

Il Grido del Lupo

di Melvin Burgess, tradotto da Angela Ragusa
Equilibri, 2017, pp. 164, € 13,00



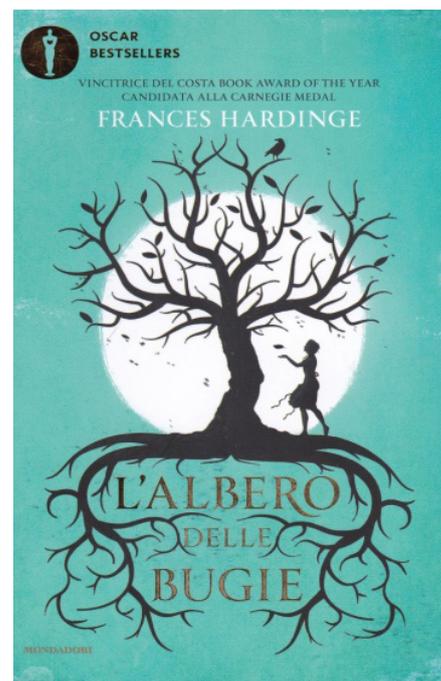
Non c'è forse condizione più inquietante e terribile della crudeltà fine a se stessa, nella quale gli unici specialisti sono gli esseri umani. Ha queste caratteristiche il cacciatore del romanzo: è deciso a sterminare tutti i lupi solo per il gusto di arrivare a uccidere l'ultimo. Ma le cose non andranno proprio così, anche se non si può parlare di lieto fine. È un libro forte, con una storia drammatica e tutta dalla parte dei lupi perché, come dice l'autore: “La mia storia è così una sorta di risarcimento nei confronti dei lupi. In essa i lupi hanno nomi e relazioni familiari, mentre il cacciatore non ha nome e non ha affetti. In realtà è lui ad avere il carattere del lupo esopiano: malvagio, avido e omicida.”

L'albero delle bugie

di Frances Hardinge, tradotto da Giuseppe Iacobacci

Mondadori, 2016, pp. 424, € 11,50

Si può definire anche un fantasy questo romanzo ambientato nell'Inghilterra vit-



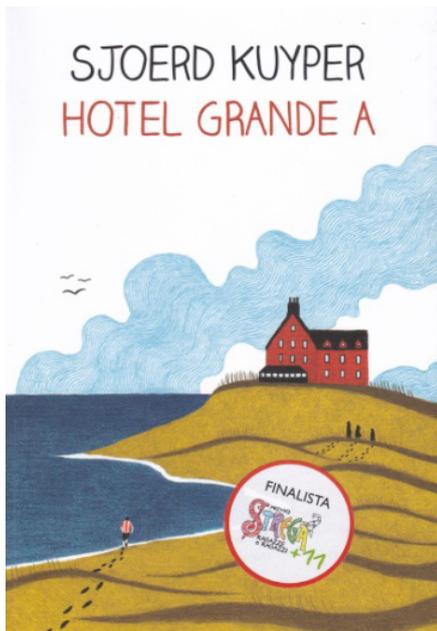
toriana. La protagonista è Faith, una adolescente costretta a dissimulare la sua intelligenza perché, a quei tempi, le donne non erano considerate intelligenti. L'autrice sottolinea, nella presentazione del libro, quanto doveva essere frustrante per una donna vivere in quel periodo. Inoltre Faith assomiglia anche un poco a lei che, da ragazzina, covava dentro di sé rabbie invisibili all'esterno. La storia si sviluppa a partire dal trasferimento della famiglia su un'isola per attenuare uno scandalo che coinvolge il padre di Faith, pastore anglicano, coinvolto in false pubblicazioni relative ad alcuni fossili di cui il Reverendo era considerato un esperto. Mano a mano che la lettura procede, emerge un altro protagonista, misterioso e inquietante, l'albero delle bugie, appunto.

Hotel Grande A

di Sjoerd Kuyper, tradotto da Anna Patrucco Becchi

La Nuova Frontiera, 2017, pp. 254, € 16,50

Giorno per giorno Kos, il ragazzino protagonista, racconta il quotidiano a partire dalla vittoria della squadra di calcio di cui fa parte, lo stesso giorno in cui il padre ha un infarto. Da quando la mamma è morta, la famiglia è in grosse difficoltà non solo economiche e sopravvive gestendo un albergo. Kos ha tre sorelle che non sopporta. La malattia del padre attiva però i migliori sentimenti e mentre raccontano al padre che l'albergo va a meraviglia (per non farlo preoccupare), affrontano insieme la situazione. In corsivo una sorta di alter ego dei personaggi riflette sulle situazioni. L'autore non ci risparmia nulla della vita e della morte ma lo fa con garbo e sensibilità. I lettori italiani si so-



no meravigliati di quello che si può scrivere in un libro per ragazzi olandese.

Il giardino dei musi eterni di Bruno Tognolini

Salani, 2017, pp. 270, € 13,90

L'autore ci racconta una storia fantastica dove regnano gli Animan, cioè animali morti che continuano a vivere come spiriti in un cimitero per gli animali, il giardino dei musi eterni appunto, frequentato anche da qualche umano, in particolare i proprietari dei defunti e pochi altri. Tognolini ci trasporta in un mondo altro dove i personaggi sono fatti di vento mentre il corpo va decomponendosi, ma restano gli affetti e i sentimenti. Una invenzione narrativa che affascina e fa sperare in un paradiso simile anche per gli umani. Un luogo dove spazio e tempo hanno consistenze diverse per



l'eternità, dal quale però si può ancora fare qualcosa per i poveri mortali.

L'ultimo faro di Zannoner Paola

De Agostini, 2017, pp. 363, € 14,90

Romanzo corale questo, dove l'autrice racconta le storie di 14 ragazzi che si trovano con un gruppo di educatori per trascorrere tre settimane di vacanza in un luogo isolato, sul mare, in un edificio che comprende un vecchio faro. Ognuno dei ragazzi porta le sue fragilità, qualcuno di loro ha scelto questa particolare vacanza, qualcuno no. La proposta è di vivere nella natura in un luogo dove non c'è campo e dove non è possibile utilizzare i mediatori tecnologici. I ragazzi non si conoscono e non conoscono gli



adulti che sono con loro. L'incontro con l'altro è il tema di tutto il libro. La Zannoner è particolarmente capace di dare voce alle inquietudini degli adolescenti, di utilizzare i loro linguaggi, di raccontare i loro problemi.

VINCONO

Hachiko per la categoria 6/10, a conferma del fatto che le storie come questa piacciono ai bambini.

L'ultimo faro per la categoria +11. L'autrice, felicissima, racconta come in una scuola milanese la lettura di questo libro abbia dato vita a un altro libro dove gli studenti si raccontano.

Premio Strega ragazze e ragazzi
3ª Edizione, Bologna 2018
Anna Grazia Giulianelli



Se cambiano i criteri di Jones cambia anche la malattia reumatica

I criteri di Jones per la diagnosi di Malattia Reumatica Acuta (RAA) sono cambiati nel 2015, modificando i segni e i sintomi maggiori e minori nelle popolazioni a basso rischio rispetto a quelle a moderato o alto rischio nelle quali l'incidenza è superiore a 2 casi su 100.000 bambini/anno. Inoltre, negli ultimi anni, le nuove metodiche di ecocolordoppler cardiaco hanno affinato le diagnosi di cardite, permettendo un migliore inquadramento diagnostico (Gewitz H, et al. *Circulation* 2015;131:1806-18). Nelle popolazioni ad alto rischio, la monoartrite e la poliartroalgia sono attualmente considerate tra i criteri maggiori, mentre la cardite subclinica rientra tra i criteri maggiori nelle popolazioni a basso rischio. Pertanto è importante conoscere l'incidenza di RAA nel proprio territorio per evitare il rischio di sovradiagnosi nelle popolazioni a basso rischio e sottodiagnosi in quelle a medio o alto rischio. Questo è stato lo scopo che ha spinto i colleghi dell'Ospedale Regina Margherita a verificare l'incidenza di questa malattia nella provincia di Torino negli ultimi anni. Confrontando segni, sintomi e diagnosi dal 2007 al 2015 in modo retrospettivo e dal 2015 al 2016 seguendo le nuove indicazioni, è risultata una incidenza annua di RAA di 3.2-9.6 casi su 100.000 bambini/anno e, attraverso l'utilizzo dei nuovi criteri per le popolazioni ad alto rischio l'incidenza della malattia aumenta del 20.7% (Licciardi F, et al. *J Pediatr* 2018 Mar 28. pii: S0022-3476(18)30212-9). Tenere un registro nazionale o europeo delle RAA sarebbe un obiettivo da perseguire se si vogliono utilizzare nella clinica i nuovi criteri di Jones. In Italia dovremmo considerarci tra le nazioni ad alta incidenza di RAA, se questi dati venissero confermati da altre analisi epidemiologiche, a oggi difficili da svolgere a causa della parcellizzazione dei servizi ospedalieri pediatrici di riferimento.

Costantino Panza

Dal microcosmo al macrocosmo



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

La casa sul mare (La villa)

Regia: Robert Guédiguian

Con: Arianne Ascaride, Jean-Pierre Darroussin, Gérard Meylan, Jacques Boudet, Anaïs Demoustier

Francia, 2017

Durata: 107'



Aveva detto: «Ogni tanto, direi ogni cinque o sei anni, sento una specie di bisogno di fare il punto. Di ritornare nei posti in cui ho girato i miei primi film, ma più che altro di tornare a occuparmi del mondo a cui ho dedicato i primi lavori. È un modo per fare il punto su me stesso, sulla mia intimità, sulla politica, sulla società e sugli ambienti sociali che fanno parte del mio cinema.» Promessa mantenuta: Robert Guédiguian torna nella sua Marsiglia. Esattamente in una cala marina di Méjan, posto ideale per ritagliare e inserire una scena di “Ki lo sa?” chiamando a raccolta dopo 33 anni gli stessi atto-

ri preferiti: Arianne Ascaride, Jean-Pierre Darroussin e Gérard Meylan. È a loro che in questo film affida i ruoli di fratelli non più giovani che si ritrovano dopo anni per assistere l'anziano genitore colpito da ictus. Alla coscienza del padre che si sta spegnendo fa riscontro quella dei figli che si ravviva di ricordi e di riflessioni. I loro rapporti non sono più idilliaci e ne scopriremo ben presto i motivi. Angèle, attrice trasferitasi a Parigi, non ha mai smesso di odiare quel posto che ha mandato in frantumi la sua vita; Joseph, professore rivoluzionario, stenta a trovare un equilibrio tra politica e amore; Armand si ostina a tenere in vita un ristorante senza clienti e una natura trascurata. La casa della loro spensieratezza sarebbe il posto ideale dove mettere da parte antiche ruggini e ricomporre i cocci, ma ormai si respira un'altra aria: è inverno, chi c'era è andato via, non si vedono turisti in giro, qualcuno sogna l'amore, qualche altro è stanco di vivere. E tuttavia, nonostante la presenza lugubre della malattia e della morte, in quell'angolo sperduto del mondo dove i treni sfrecciano senza mai fermarsi, si registrano ancora approdi. Che siano di adulti disillusi e stanchi o di clandestini sopravvissuti poco importa. Anche il mare in tempesta si muta in bonaccia; anche nel bosco si trova una tana. Come ne “Le nevi del Kilimangiaro” (2011) anche ne “La casa sul mare” il regista francese invita a non chiudersi a riccio, ad uscire fuori dalle mura domestiche e a guardare ciò che accade nel mondo. Dal microcosmo al macrocosmo; dai dolori privati alle tragedie collettive. Il destino lascia terre senza abitanti e abitanti senza terra, genitori senza figli e figli senza genitori. In senso letterale o metaforico è la vita che ci fa allontanare dal luogo natio, sperimentare le peripezie del viaggio, la

solitudine, il rischio del naufragio, la gioia dell'arrivo. «Nonostante possa sembrare esagerato – confessa Guédiguian – non riesco a realizzare oggi un lungometraggio senza parlare della condizione dei rifugiati, degli immigrati: vivo in un paese in cui giornalmente arriva gente dal mare. Uso deliberatamente la parola “rifugiati”: non importa se lo si è per i cambiamenti climatici, per la guerra o per altro. Chi è rifugiato è qualcuno che per svariati motivi è in cerca di un riparo, di un focolare.» Da qui il bisogno di riflettere su ciò che è accaduto non solo per non ripetere gli errori commessi, ma anche per evitare la tentazione dell'immobilismo.

Un film politico? Se richiamare alla bontà è politica, vada per questa definizione. Un film sulle sfumature degli affetti? Se si fa attenzione alla curva dell'amore (alba per Angèle e il corteggiatore romantico; tramonto per Joseph e la giovane compagna; notte per la coppia suicida degli anziani vicini di casa), perché no? Un film poetico? Anche, soprattutto se si notano metafore e simbolismi nel terrazzo semicircolare che abbraccia i naufraghi, nel ristorante popolare che nutre gli affamati, nella ristrutturazione della mulattiera abbandonata, nel nido che accoglie i piccoli clandestini implumi, nel vestitino reliquia regalato a chi è nudo, nei tre fratellini doppio speculare dei tre fratelli adulti, nella gioiosa eco finale. Si scelga la lettura preferita senza il timore di sbagliare, perché la teoria del “Cine-Occhio” sul linguaggio cinematografico, sostenuta da Dziga Vertov e dai cineasti russi d'avanguardia, vige ancora: «Quello che sembra banale e scontato con gli occhi della quotidianità, se guardato con l'occhio del cinema e del montaggio diventa qualcosa di nuovo e di personale.»

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

UNICEF lancia il nuovo rapporto "Ogni bambino è vita"

Ogni anno 2,6 milioni di neonati nel mondo non sopravvivono al primo mese di vita, circa 7000 neonati ogni giorno. Un milione di loro muore lo stesso giorno in cui nasce. Secondo il rapporto, a livello mondiale, nei Paesi a basso reddito, la media del tasso di mortalità neonatale è di 27 morti su 1000 nati. Nei Paesi ad alto reddito quel tasso è di 3 su 1000. I neonati dei luoghi a più alto rischio per la nascita hanno una probabilità oltre 50 volte maggiore di morire, rispetto a quelli nati nei Paesi più sicuri. Il rapporto sottolinea inoltre che 8 dei 10 luoghi più pericolosi per nascere si trovano in Africa subsahariana, dove le donne in gravidanza hanno probabilità molto inferiori di ricevere assistenza durante il parto a causa di povertà, conflitti e istituzioni deboli. Se ogni Paese portasse il suo tasso di mortalità neonatale alla media dei Paesi ad alto reddito entro il 2030, potrebbero essere salvate 16 milioni di vite.

Secondo il rapporto, queste morti possono essere prevenute tramite l'accesso a personale ostetrico qualificato, insieme a soluzioni comprovate come acqua pulita, disinfettanti, allattamento nelle prime ore di vita, contatto pelle a pelle e buona nutrizione. Tuttavia la mancanza di operatori sanitari e ostetrici qualificati comporta che in migliaia non ricevono il supporto salvavita di cui avrebbero bisogno per sopravvivere. Per esempio: mentre in Norvegia ci sono 218 medici, infermieri e ostetrici per 10.000 persone, questo valore è di 1 per 10.000 in Somalia.

I bambini che nascono in Giappone hanno le maggiori possibilità di sopravvivenza, con solo 1 bambino morto ogni 1000 nati vivi durante i primi 28 giorni di vita. I bambini nati in Pakistan hanno le minori possibilità: ogni 1000 bambini nati vivi, 46 muoiono entro la fine del primo mese dalla nascita (circa 1 su 22). L'Italia, nella classifica dei Paesi col tasso di mortalità neonatale più alto, si colloca al 169esimo posto su 184 Paesi esaminati, con un tasso di mortalità neonatale di 2,0 su 1000 (ovvero 1 neonato morto ogni 500 nati vivi). Attraverso la campagna, l'UNICEF lancia un appello urgente per assicurare la sopravvivenza di ogni bambino:

- assumendo, formando, mantenendo e gestendo un numero sufficiente di medici, infermieri e personale ostetrico con competenza nell'assistenza alla maternità e ai neonati;
- garantendo strutture sanitarie pulite ed efficienti, fornite di acqua, sapone ed elettricità, alla portata di ogni mamma e bambino;
- rendendo prioritario fornire a ogni mamma e bambino i farmaci salvavita e gli strumenti necessari per iniziare la vita in salute;
- sollecitando le ragazze adolescenti, le madri e le famiglie a chiedere e ricevere cure di qualità.

Corte dei Conti: sistema sanitario italiano tra i meno costosi

La relazione riguarda gli andamenti della gestione finanziaria ed economico patrimoniale dei servizi sanitari con riferimento all'esercizio 2016, raffrontato con il quadriennio precedente (2012-2015). Si conferma la stabilizzazione della spesa sanitaria con un basso tasso di incremento annuo, nonché la relativa economicità del SSN a confronto con i principali Paesi OCSE. Ridotta la spesa per investimenti, con un trend in discesa, come rilevato dai dati di contabilità nazionale (da 4,2 mld del 2009 a 2 mld circa nel 2016) e dalle analisi svolte sullo stato patrimoniale e sui flussi di cassa (l'incidenza dei pagamenti in c/capitale sul totale pagamenti del comparto scende dal 2% del 2012 all'1,2% del 2016). Si riduce il deficit della sanità, passando dai 6 mld circa del 2006 a meno di 1 mld nel 2016. I debiti verso i fornitori segnano parimenti una sensibile riduzione, anche se permangono gli oneri per interessi per ritardati pagamenti e l'utilizzazione di anticipazioni di tesoreria, peraltro in netta diminuzione. Aumentano, invece, le disponibilità liquide a fine esercizio, sintomo di una limitata fluidità nelle procedure di pagamento. Si registrano ancora ritardi nella determinazione annuale del Fondo sanitario nazionale e nella ripartizione delle risorse destinate al Servizio sanitario con riflessi sulla programmazione delle spese da parte delle Regioni e sulla possibilità di una completa e tempestiva rappresentazione, anche da un punto di vista contabile, della gestione nei bilanci regio-

nali. Restano tuttora da definire le regole per l'omogenea integrazione del conto consolidato sanitario con il conto generale della Regione, così da poter addivenire a una più adeguata valutazione dei conti regionali.

Un nuovo Ospedale amico dei bambini

L'ospedale di Santorso (Vicenza) ha superato la Fase 3 e diventa così il 33° Ospedale Amico dall'inizio del programma e il 27° degli ospedali attualmente riconosciuti dall'Unicef in Italia. Complimenti!

Cibo industriale: un esperimento fallito

Su *JAMA Pediatrics* (2017;171:212-4) è stato pubblicato il punto di vista di due pediatri californiani sul cibo industriale. Questo il loro ragionamento basato sui dati della popolazione USA.

Gli scienziati lo sanno: 9 esperimenti su 10 falliscono. Pensiamo, però, a quello che negli ultimi 50 anni è stato un grande esperimento di ricerca clinica, con la popolazione americana come partecipante inconsapevole, condotto da 10 grandi ricercatori (Coca-Cola, Pepsico, Kraft, Unilever, General Mills, Nestlé, Mars, Kellogg, Procter & Gamble e Johnson & Johnson). Nel 1965, queste multinazionali ipotizzarono che il cibo trattato fosse meglio del cibo reale. Per determinare se l'esperimento è stato un successo o un fallimento, dobbiamo esaminare le variabili di risultato. In questo caso, le variabili sono 4: consumo di cibo, salute/malattia, ambiente e flusso di denaro; divise per aziende, consumatori e società.

Il cibo industriale è definito da 7 criteri di ingegneria alimentare: è prodotto in serie, è uguale da lotto a lotto, è uguale da Paese a Paese, usa ingredienti specializzati provenienti da aziende specializzate, consiste di macronutrienti pre-congelati, rimane emulsionato, e ha una lunga durata di conservazione o congelamento. Inoltre, 10 proprietà nutrizionali contraddistinguono il cibo industriale.

1 Troppo poche fibre. Quando si assumono molte fibre (solubili e insolubili), queste formano una barriera gelatinosa lungo la parete intestinale, rallentando l'assorbimento dei nutrienti e nutrendo il microbioma intestinale. Il lento aumento del glucosio determina una riduzione dell'insulina, mentre il lento au-

mento del fruttosio riduce l'accumulo di grasso nel fegato.

- 2 Troppo pochi ω -3 e troppi ω -6. Gli ω -3 sono precursori degli acidi docosaesaenoico (DHA) e eicosapentaenoico (EPA) (anti-infiammatori). Gli ω -6 sono precursori dell'acido arachidonico (pro-infiammatorio). Il rapporto tra gli acidi grassi ω -6/ ω -3 dovrebbe essere di circa 1:1. Attualmente, il rapporto è di circa 25:1, favorendo uno stato pro-infiammatorio che può condurre a uno stress ossidativo e a danni cellulari.
- 3 Troppo pochi micronutrienti. Antiossidanti, come le vitamine C ed E, eliminano i radicali dell'ossigeno nei perossisomi e prevengono il danno cellulare, mentre altri, come i carotenoidi e l'acido alfa-lipoico, prevengono la perossidazione dei grassi.
- 4 Troppi grassi trans. Questi grassi non possono essere ossidati dai mitocondri, si depositano nelle arterie del fegato e generano radicali liberi. Infatti, l'US Food and Drug Administration ha dichiarato nel 2013 i grassi trans non "generalmente riconosciuti come sicuri", quindi dovrebbero sparire anche dalla produzione alimentare.
- 5 Troppi aminoacidi a catena ramificata. Valina, leucina e isoleucina sono aminoacidi essenziali, importanti per la biosintesi dei muscoli, ma quando sono assunti in eccesso sono deaminati nel fegato e deviati verso la lipogenesi, aumentando il grasso del fegato.
- 6 Troppi emulsionanti. Gli emulsionanti trattengono grasso e acqua (contenuti, ad esempio, in lasagne e gelati). Tuttavia, gli emulsionanti sono detersivi e possono spogliare lo strato di mucine che protegge le cellule epiteliali intestinali, predisponendo a malattie intestinali o allergie alimentari.
- 7 Troppi nitrati. I nitrati (carne affumicata) possono essere metabolizzati in nitroso ureico, che può predisporre al cancro del colon.
- 8 Troppo sale. Circa il 15% della popolazione è sensibile al sale, il cui eccesso può manifestarsi con ipertensione e malattie cardiache.
- 9 Troppo etanolo. L'etanolo è convertito in grasso epatico e comporta stress ossidativi. Mentre è chiaramente una preoccupazione negli adulti, è meno probabile che l'etanolo abbia un ruolo nella maggior parte dei bambini, in quanto l'uso è limitato.

10 Troppo fruttosio. I bambini consumano invece il fruttosio. E in effetti, il fruttosio è metabolizzato nel fegato esattamente come l'etanolo. Lo zucchero (ad esempio, sciroppo di saccarosio e di mais ad alto contenuto di fruttosio) è l'alcol del bambino, il motivo per cui i bambini si ammalano delle malattie da consumo di alcol (per esempio, diabete di tipo 2, dislipidemia e steatosi epatica non alcolica) senza consumare alcol. Inoltre, il 74% di tutti gli articoli dei reparti alimentari contengono zucchero aggiunto; questo fa dello zucchero il marcatore del cibo industriale.

Valutiamo ciascuna delle 4 misure di risultato.

- 1 La prima è il consumo di cibo. Gli Stati Uniti spendono solo il 7% del PIL in cibo. Questo permette al Paese più obeso al mondo di comprare di più. Non c'è dubbio che il consumo di cibo sia in aumento: un aumento in 187 kcal/die negli uomini, 335 kcal/die nelle donne e 275 kcal/die negli adolescenti, dal 1995. Ma quali calorie? Non i grassi, la cui quantità è rimasta stabile; l'aumento è nei carboidrati raffinati, metà dei quali sono zucchero. Negli ultimi 30 anni, mentre la carne è diminuita dal 31% al 21% delle vendite di prodotti alimentari, gli alimenti industriali e i dolci sono aumentati dall'11,6% al 22,9%.
- 2 La seconda è salute/malattia. Non c'è dubbio che sia l'obesità che il diabete siano aumentati astronomicamente. Il consumo di zucchero predice la sindrome metabolica negli adolescenti, indipendentemente dalle calorie o dal BMI. Quando nei bambini abbiamo sostituito l'amido allo zucchero, la loro sindrome metabolica si è risolta. In realtà, la ricerca dimostra che c'è una stretta relazione tra consumo di zucchero e diabete di tipo 2, dislipidemia e steatosi epatica non alcolica.
- 3 La terza è l'ambiente. La World Wild Life Federation sostiene che la produzione di colture correlate allo zucchero porta all'erosione del suolo e a una perdita ogni anno di 6 milioni di ettari di terra arabile, come dimostrato in Everglades (Florida) e in Amazzonia. Inoltre, la monocoltura (ad esempio mais e soia) per produrre alimenti industriali ha portato a un aumento dell'uso di atrazina, della contaminazione da nitrati, allo

sviluppo di resistenza agli erbicidi, e alla comparsa di erbe superinfestanti.

- 4 E, infine, i flussi di denaro. Fino al 2012, le ditte di alimenti industriali, zucchero e bevande sono andate meglio delle altre, secondo l'indice Standard & Poor 500. Tuttavia, dal 2013, la loro performance di mercato è stata subottimale, come si evidenzia dal licenziamento di 1800 dipendenti della Coca-Cola nel 2014 per risparmiare 3 miliardi di dollari e dal licenziamento del CEO di McDonald's, Don Thompson. Per i consumatori, il cibo industriale costa la metà di quanto costa il cibo vero, e la sua curva di aumento nel tempo è più bassa; ciò rende apparentemente il cibo industriale un affare, almeno a breve termine. Tuttavia, i soldi spesi per i premi assicurativi, la riduzione in anni di lavoro a causa della disabilità, e l'aumento degli anni di vita persi a causa di malattie croniche a lungo termine depauperano i risparmi dei consumatori.

L'assistenza sanitaria è cresciuta dal 2% del PIL nel 1965 al 17,9% nel 2014, e si stima che raggiungerà il 21% entro il 2020. Attualmente, l'industria alimentare incassa 1,46 trilioni di dollari l'anno, di cui il 45% (657 miliardi) di utile lordo. Ma l'assistenza sanitaria costa 3,2 trilioni l'anno, di cui il 75% per le malattie del metabolismo; e il 75% dei costi per la sindrome metabolica potrebbe essere evitato se decidessimo di cambiare la nostra dieta collettiva. Ciò equivale a una perdita di 1,8 trilioni di dollari, il triplo di quanto prodotto dall'industria alimentare. Alla luce di questi risultati, la conclusione è chiara: gli alimenti industriali sono un esperimento fallito. Il cibo industriale è ricco di zuccheri e basso in fibre. C'è solo un alimento, il vero cibo, a basso contenuto di zucchero e ricco di fibre. Il cibo vero è ciò che il mondo ha mangiato per millenni senza rischio di malattie a lungo termine. E non è quello che le 10 società più grandi dell'industria alimentare stanno vendendo. Un terzo delle madri americane oggi non sa neanche cos'è il vero cibo o come si cucina; esse e i loro figli sono destinati a rimanere ostaggi dell'industria alimentare. I pediatri dovrebbero fornire una guida anticipatoria. Eliminare il cibo industriale deve essere la priorità numero 1.

(Fonte: Nograzie)

Lettere

La penisola che non c'è

Nell'editoriale di Maria Luisa Scattoni (*Quaderni acp* 2018;25:2) sulla rete pediatria-neuropsichiatria infantile per i disturbi di neurosviluppo ho trovato due amnesie assai rilevanti. La prima è laddove Scattoni parla di disomogeneità di modelli organizzativi e clinico-operativi della rete di pediatria e neuropsichiatria infantile. Mi pare che Scattoni parli di una penisola che non esiste. Infatti si può parlare di disomogeneità di modelli organizzativi e strutturali quando le strutture esistono e sono diversamente organizzate. Ma nelle diverse regioni e nelle diverse province italiane spesso le strutture non esistono affatto, nel senso che in molte realtà un organico strutturato di neuropsichiatri, psicologi e terapisti dell'età evolutiva non esiste. Molti pediatri infatti, in caso di bisogno di invio al secondo livello, nel territorio non trovano interlocutori pubblici, ma solo privati. E laddove esistevano, come ad esempio in Emilia Romagna dove vivo, in questi ultimi anni alcune figure, come i neuropsichiatri infantili, dopo il pensionamento non sono stati sostituiti perché a causa della mancanza di una qualunque programmazione sanitaria non si trovano più specialisti NPI. La seconda amnesia attraversa tutto l'editoriale, nel senso che si parla di disturbi di neurosviluppo e poi si tratta soltanto dei disturbi dello spettro autistico, che sono solamente una parte minoritaria di quelli e nemmeno quella che risponde di più ai trattamenti. In base, per esempio, ai dati decennali della regione Emilia Romagna, che raccoglie l'attività NPI con un sistema informatizzato in ICD 10 da circa vent'anni, la gran parte delle diagnosi dei disturbi specifici di sviluppo consiste nei disturbi di linguaggio e nei disturbi di apprendimento, presenti in circa il 2-3% della popolazione e che, se ignorati, sono la causa più frequente di fallimento scolastico e sociale. Per non parlare poi dei disturbi psichici internalizzati (ansia, depressione) ed esternalizzati (ADHD, disturbi della condotta) che sulla carta dovrebbero essere più frequenti dei precedenti ma che secondo la stessa fonte informatizzata registrano percentuali diagnostiche estremamente basse perché vanno in gran parte al privato, in quanto il pubblico non assicura più alcun intervento psicoterapeutico. Ciò significa che

ci stiamo occupando forse dell'autismo (5 per mille?) ma dimentichiamo quel 10% di disturbi psichici e di sviluppo per i quali, in uno Stato che non c'è, esiste solo una medicina di classe.

Francesco Ciotti

Accolgo con interesse la discussione sollevata dal dottor Ciotti sul mio editoriale che mi pare si concentri prevalentemente su due temi: la definizione di "disomogeneità" relativamente ai modelli organizzativi e clinico-operativi della rete pediatria-neuropsichiatria infantile del territorio italiano ("quando le strutture esistono e sono diversamente organizzate, non in Italia dove non c'è la NPI") e il focalizzare l'editoriale sui disturbi dello spettro autistico poco presenti ("5 per mille?") piuttosto che sui disturbi del neurosviluppo.

La dicitura "disomogeneità di modelli organizzativi e clinico-operativi della rete di pediatria e neuropsichiatria infantile" presente nell'editoriale riflette i risultati emersi dalla recente indagine nazionale condotta dalla Società Italiana di Neuropsichiatria infantile (SINPLA) e dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) nell'ambito del progetto Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico e finalizzata a identificare e descrivere la realtà e le buone prassi diffuse nel contesto locale/regionale/nazionale per il riconoscimento e diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico. In particolare, ciascuna Regione è stata chiamata a individuare alcune tra le esperienze più rappresentative (negli anni 2016-2017) nell'ambito dell'organizzazione dei servizi per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico, con particolare riferimento al funzionamento della rete pediatria-neuropsichiatria infantile.

I risultati di tale indagine hanno rilevato alcune realtà geografiche in cui era ed è attualmente presente e operativo, a livello locale/regionale, un raccordo formalizzato tra pediatria e neuropsichiatria infantile (ad es. in Emilia Romagna e Abruzzo in cui sono presenti degli accordi regionali), e altre realtà in cui al contrario emergono gravi lacune e totale arbitrarietà nei percorsi di riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico. Altre Regioni hanno presentato modelli di rete sviluppati nell'ambito di attività prevalentemente progettuali (e quindi azioni limitate al finanziamento e non di sistema) e altre hanno descritto diversi gradi di interventi formativi

a supporto della stessa. Concordo quindi con il dottor Ciotti rispetto all'evidenza che il Servizio Sanitario Nazionale manchi nel garantire livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale. Le attività del progetto Osservatorio hanno tuttavia documentato la presenza di alcuni modelli organizzativi su cui investire, condividendo, valorizzando ed estendendo tali approcci metodologici su tutto il territorio nazionale. Le Regioni hanno un ampio grado di autonomia nella scelta dell'organizzazione dei servizi sanitari ma l'ISS, in quanto organo tecnico scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, può supportare la promozione di modelli organizzativi sostenibili promuovendone l'estensione su tutto il territorio nazionale.

Concordo inoltre pienamente con quanto riportato dal dottor Ciotti circa la necessità di supportare l'istituzione di una rete pediatria-neuropsichiatria infantile per il riconoscimento di tutti i disturbi del neurosviluppo, e non solo dei disturbi dello spettro autistico (mi preme far notare che i dati dello studio di prevalenza condotto nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale Autismo indicano una loro prevalenza sul territorio italiano dell'1/100). L'ISS infatti opera da anni in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con essa condivide strategie di riconoscimento precoce mirate all'osservazione longitudinale del bambino e alla sorveglianza del suo sviluppo "globale" valorizzando il ruolo delle famiglie e del bilancio di salute pediatrico. Le attività dell'Osservatorio Nazionale Autismo si sono concluse con la costituzione di un gruppo di lavoro sui disturbi del neurosviluppo dedicato alla definizione di un protocollo di valutazione da inserire nei bilanci di salute e di raccordo con le unità di NPIA da estendere in modo condiviso su tutto il territorio nazionale.

In realtà regionali/provinciali in cui "un organico strutturato di neuropsichiatri, psicologi e terapisti dell'età evolutiva non esiste" (cit. dottor Ciotti) o non sono adeguatamente formati, la necessità di promuovere attività di sistema che rafforzino i servizi sanitari favorendone la specializzazione e la messa in rete risulta essere cruciale.

Maria Luisa Scattoni

L'editoriale di M.L. Scattoni dice del progetto ministeriale "Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico" (ne aveva fatto cenno anche al Congresso

ACP 2017 a Cortona) e dei due incontri in esso previsti (uno per gli operatori del Nord, il secondo rivolto agli operatori del Centro Sud) e svoltisi a fine 2017 sulla costituzione di una rete pediatria-NPIA per la diagnosi precoce. Anch'essi, i due incontri, fotografia e ulteriore conferma di una "penisola che non esiste". Rispetto ai disturbi dello spettro autistico, ma non solo. Si ripropone quanto già sentito nel Congresso ACP 2016 a Trieste, con l'analisi di A. Costantino, presidente SINPIA: "nell'ambito della programmazione, è quindi essenziale avere in mente un'ottica sistemica e non segmentale, soprattutto considerando l'estrema frammentazione finora avvenuta intorno ai bisogni neuropsichici in età evolutiva e il ritardo con cui il sistema sanitario ha affrontato un'area della salute infantile che appare negletta sia a livello nazionale che internazionale". Avevamo già letto su questa rivista della critica situazione dei servizi NPIA (Quaderni acp 2016;23:94), recentemente risottolineata da R. Scifo, segretario SINPIA Sicilia (http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=59855&fr=n), con cui i locali gruppi ACP si stanno attivando per provare a mettere in campo sinergie fruttuose (e-mail al Presidente ACP del 19 marzo 2018). I pediatri hanno riaffermato il riconoscimento e il mantenimento del ruolo prioritario delle UONPIA come Unità Operative Complesse, a fronte della loro discutibile riorganizzazione in Veneto. Con particolare attenzione alla specificità della figura del neuropsichiatra infantile e delle sue competenze: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-10-03/riorganizzazione-npia-veneto-pediatri-scrivono-zaia-sconcerto-e-preoccupazione-152110.php?uid=AETn9vdC>.

Sono emersi nella discussione in sala a Tabiano i bisogni ancora inevasi anche nelle regioni del Nord e la disomogenea distribuzione di modelli e percorsi virtuosi (v. anche "Autismo: i pediatri raccontano. Ricerca&Pratica 2018;34:40-3).

Il raccordo tra Centri di riferimento e territorio e le relazioni reciproche; la definizione di priorità; i percorsi sostenibili e la loro appropriatezza, con particolare attenzione a quali parti è indispensabile che avvengano nei servizi specialistici e quali possano essere trasmesse o delegate, sono e continuano a essere aspetti critici con cui chi è "sul campo" deve fare i conti ogni giorno.

Oggetto anche dell'appello SINPIA alle Istituzioni sullo stato dei servizi NPIA (https://www.simpia.eu/appello_NPIA.pdf - sottoscritto da ACP) e delle rinnovate raccomandazioni del network CRC (v. capitolo dedicato nel 3° Rapporto Supplementare sul monitoraggio della CRC: <http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/rapportocrc-x2017.pdf>).

Federica Zanetto

La "orrenda gioventù"

L'adolescenza rappresenta la complessa fase della vita che segna il passaggio tra la tenera età del bambino a quella dell'adulto. L'adolescente è il ribelle per antonomasia. E ciò perché l'adolescente si sente più un adulto che un bambino, arrogandosi di conseguenza il diritto di dire la sua su ogni questione, divenendo di fatto un fiume in piena. E a impedire che la straripante acqua esondi in modo sconsiderato dal suo letto naturale sono indispensabili solidi argini che sono rappresentati dalla famiglia, dalla società, dalla scuola, dai pediatri, istituzioni queste preposte ad insegnare ai giovani le imprescindibili regole sociali di una civile e umana convivenza basata sul rispetto incondizionato del prossimo. Gli adolescenti sono piante che stanno per diventare alberi, e le piante per diventare arbusti rigogliosi hanno bisogno di ogni cura, comprese quelle energiche perché anche queste servono ad assicurare la crescita migliore possibile. Il concetto introdotto dalla compianta Giuliana Ukmar del "se mi vuoi bene dimmi di no" andrebbe riproposto oggi più che mai. E ciò perché la *conditio sine qua non* del rispetto delle regole è che ci siano anche dei sacrosanti no. La gran parte degli adolescenti si muove ora senza alcuna remora e limite di demarcazione tra ciò che è lecito e ciò che non è lecito fare. Quello degli adolescenti è attualmente lo scenario desolante di una orrenda gioventù, una adolescenza che non ha conservato nulla della innocenza, prerogativa essenziale dell'età. E non è un caso che la nostra gioventù precocemente sproffondi nel mondo della dipendenza dalla droga e/o dall'alcol in un progressivo sfacelo fisico e morale che li porta anzitempo alla morte. E non c'è da stupirsi del giro delle baby escort che per futilità arrivano senza alcun indugio a mercificare il proprio corpo. La cronaca viene segnata sempre più frequentemente da crimini efferati compiuti per mano di scellerati adolescenti. Recentemente un branco di minorenni ha crudelmente ucciso una guardia giurata con una ferocia da far rabbrivire e, a rendere più agghiacciante la vicenda, sono state le parole delle adolescenti fidanzatine che definivano "scemi" gli assassini per essersi consegnati all'Autorità giudiziaria. Un adolescente ha sfregiato la sua insegnante che aveva strenuamente cercato di riabilitarlo e in ambito scolastico sono sempre più all'ordine del giorno le aggressioni da parte di alunni ai danni dei loro insegnanti. Un gruppo di adolescenti è stato coinvolto in un'atroce violenza di gruppo ai danni di una bambina disabile mettendola poi a tacere con il vile ricatto di rendere nota la vicenda,

reiterando senza alcuno scrupolo di coscienza tale riprovevole atto delittuoso. E che dire degli atti di bullismo sempre più spietati che purtroppo hanno spesso come triste epilogo il suicidio delle vittime? Bardi minorenni sono stati anche implicati in rapine così come in brutali aggressioni ai danni di vecchietti indifesi. E se è vero che gli adolescenti sono il futuro e se tali sono le premesse, il nostro sembra essere un futuro senza speranza, perché tali snaturate piantine prive di umana sensibilità sembrerebbero destinate a diventare criminali impenitenti. E noi non possiamo restare a guardare impassibili. Anche l'acqua più putrida può essere depurata. Gli adolescenti devono essere rieducati a ferme regole di vita, ricorrendo anche ad appropriate punizioni, al fine da rendere granitico in loro il concetto sacro e inviolabile del ciò che è lecito e ciò che non è lecito fare, in una rinnovata *forma mentis* di moralità e coscienza civile senza riserve. E noi pediatri non dobbiamo esitare a denunciare i bulli, restituendo dignità alle loro vittime in segnalazioni fattive e concrete. E noi pediatri dobbiamo insegnare agli adolescenti che gli eroi a cui ispirarsi non sono quelli di serial televisivi basati su gratuita violenza ma sono coloro che non arrecano danno al prossimo e che si adoperano affinché ciò non accada mai. E noi pediatri dobbiamo cooperare con la scuola e la famiglia in una proficua collaborazione finalizzata alla realizzazione di una società migliore e di un futuro senza ombre.

Raffaella Mormile
UOC di Pediatria e Neonatologia
PO Moscati, Aversa

Nel corso di una sua riflessione durante una conferenza, Franco Nembrini, direttore del centro scolastico 'La traccia' di Bergamo, esordisce con alcune dichiarazioni molto forti:

"La nostra gioventù ama il lusso, è maleducata, si burla dell'autorità e non ha alcun rispetto degli anziani. I bambini di oggi sono dei tiranni, non si alzano quando un vecchio entra in una stanza, rispondono male ai genitori; in una parola: sono cattivi..."

Non c'è più alcuna speranza per l'avvenire del nostro paese se la gioventù di oggi prenderà il potere domani, poiché questa gioventù è insopportabile, senza ritegno, terribile.

Il nostro mondo ha raggiunto uno stadio critico, i ragazzi non ascoltano più i loro genitori: la fine del mondo non può essere lontana.

Questa gioventù è marcia nel profondo del cuore. I giovani sono maligni e pigri, non saranno mai come la gioventù di una volta; quelli di oggi non saranno capaci di mantenere la nostra cultura."

È la stessa amarezza, e anche un po' la stessa delusione, e lo stesso rimpianto, che traspa-

re dalla lettera della lettrice nei confronti di quella che lei chiama la "orrenda gioventù", i ragazzi di oggi.

Ma lo stesso Nembrini svela subito i veri autori delle sue riflessioni: i 4 capoversi sono rispettivamente di Socrate (470 aC), Esiodo (720 aC), di un sacerdote dell'antico Egitto (2000 aC), e un pensiero tratto da un'incisione su un vaso di argilla dell'antica Babilonia (3000 aC).

Allora, che non sia questa gioventù a essere orrenda, ma forse la gioventù stessa? O forse, non saranno gli adulti a vederla orrenda? Le preoccupazioni riferite all'età adolescenziale, quindi, risalgono alla notte dei tempi ma, forse, non è giusto pensare agli adolescenti come espressione di uno scenario desolante di un'orrenda gioventù, come cita la collega, o di un futuro senza speranza.

Forse sarebbe opportuno avvicinarsi agli adolescenti con pensieri meno giudicanti, considerando che questi ragazzi devono con fatica costruire la loro identità e hanno il diritto di sbagliare. Come sappiamo, questo periodo dell'età evolutiva prevede fisiologica-

mente trasgressioni alle regole e superamenti dei 'confini' che lo preparano all'autonomia dell'età adulta. Il ruolo di un adulto è quello di saper leggere questo desiderio di sperimentare e di misurarsi, cercando di identificare i limiti e definire i confini (i No che dobbiamo saper dire) che lo mantengano all'interno di un ambito di "sicurezza". Ma spesso tra genitori e figli si sviluppano complicità e alleanze che tendono a normalizzare molti aspetti trasgressivi, così che il confine morale del rischio e dell'errore diventa molto labile, e rende più difficile la consapevolezza e la comprensione di ciò che è sbagliato, lecito o ingiusto. L'esempio tipico è quello del genitore che si allea con il figlio, e non con l'insegnante che ha sanzionato un comportamento inadeguato a scuola o ha giudicato negativamente una verifica. Tutto ciò contribuisce a determinare elementi confusivi rispetto al ruolo del mondo degli adulti. Le appropriate punizioni che dovrebbero depurare l'acqua più putrida potrebbero essere sostituite da esempi coerenti di lealtà, rispetto dell'altro, ascolto, dignità, professionalità che solo gli adulti di riferimento possono rappre-

sentare e proporre ai figli, ai cittadini e, per noi pediatri, agli adolescenti che assistiamo e ai loro genitori.

Certo, sono da condannare e combattere le azioni violente e negative che la dott.ssa Mormile ha citato. D'altra parte, l'esempio che noi adulti diamo alle nuove generazioni non è sempre edificante e di qualità. La letteratura scientifica ci insegna quanto gli apprendimenti "fin da piccoli" siano centrati sul rispecchiamento e sulla responsabilità (Do as I do, non Do as I say) e quanto gli adolescenti si dimostrino critici e manichei nei confronti dei loro modelli di identificazione, in primis i genitori, ma anche gli insegnanti, gli educatori, i medici. Come riportato in un lavoro che abbiamo pubblicato qualche tempo fa su Quaderni acp, prima di essere adolescenti si è bambini e prima ancora lattanti. E allora la proposta del mondo adulto per un giusto operare parte da quando un figlio è pensato, poi generato e quindi cresciuto dai primi giorni della sua vita.

Antonella Brunelli
Franco Mazzini

INDICE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 25 (2) - 2018

Newsletter pediatrica

n.1 Salute preconcezionale: entra in gioco anche l'esposizione ambientale del padre. Dati di una coorte del Nord Europa

n.2 Flogosi delle alte vie aeree e supplementazione con vit D: quale efficacia? Un RCT.

n.3 I programmi educativi per le mamme sono più efficaci rispetto agli interventi tradizionali per l'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita: una metanalisi

n.4 L'intossicazione accidentale da cannabis e la sua gravità sono in costante aumento nei bambini francesi. Uno studio retrospettivo

n.5 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate (marzo-aprile 2018)

Documenti

d.1 Le Linee Guida ESPGHAN/NASPGHAN sulla gestione dell'infezione da *Helicobacter pylori* in bambini e adolescenti (aggiornamento 2016)

Commento a cura di Giuseppe Magazzù

d.2 Il consenso informato in Pediatria: rapporto tecnico dell'American Academy of Pediatrics

Commento a cura di Momcilo Jankovic e Stefania Manetti

Ambiente e salute

A&S.1 Cambiamento climatico e salute in Italia: evidenze dal progetto Climate and Health Country Profile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
Giacomo Toffol, Laura Reali

A&S.2 Il ruolo del pediatra nella prevenzione dei tumori cutanei: le nuove raccomandazioni della US Preventive Service Task Force

Sandro Bianchi

A&S.3 Esposizione preconcezionale a tossici ambientali dei padri e salute dei figli

Laura Brusadin

Articolo del mese

am.1 Leggere ad alta voce: oltre gli effetti sul linguaggio

Commento a cura di Costantino Panza

Poster congressi

p.1 Poster specializzandi (1° parte)

Tabiano XXVII: Vissi d'arte

Narrare l'immagine

ni.1 Giacomo Balla, "Polittico dei Viventi" (particolare), 1903

Descrizione a cura di Cristina Casoli

Impressioni di Isodiana Crupi e Angelo Spataro

30 ANNI DI SFIDE. PEDIATRIA AL PASSO CON I TEMPI

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

145 Note a fine mandato

Federica Zanetto

147 Gli operatori sanitari si vaccinano?

*Massimo Farneti***Formazione a distanza**

148 Le deformità del rachide nell'adolescente: l'approccio del pediatra

*Carminè Zoccali, Jacopo Baldi, Andrea Catanea, Fabio Calabrò, David Calabrò***Infogenitori**

155 Una schiena diritta

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

156 Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVII

Salute pubblica

161 Affrontare le disuguaglianze in salute e sviluppo del bambino: un policy statement dell'ISSOP

Giorgio Tamburlini

164 L'Italia per l'Equità nella Salute

*Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo***Organizzazione sanitaria**

167 L'infermiere e il bambino con diabete: qualcosa sta cambiando

*Chiara Garavini, Pamela D'Ascenzo, Benedetta Mainetti***A colpo d'occhio**

169 Lesione a bersaglio in adolescente

*Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro***Il caso che insegna**

170 Una febbre persistente associata a indici infiammatori elevati e lesioni ecografiche del fegato e della milza

*Marco Sarno, Claudia Mandato, Francesco Esposito, Daniele De Brasi, Claudio Santoro, Andrea Lo Vecchio, Paolo Siani***Il punto su**

174 Valutazione del profilo di dolore nel bambino con disabilità neurocognitiva severa: la scala Paediatric Pain Profile in lingua italiana

*Valentina Francia, Silvia Soffritti, Manuela Mancini, Sara Maiani, Maria Cristina Mondardini***Narrative e dintorni**

178 La morte perinatale e il sostegno possibile

*Claudia Ravaldi, Carmen Rizzelli***Farmacipi**

182 Farmaci e bambini: importanti novità dalle istituzioni italiane

*Antonio Clavenna***Vaccinacipi**

183 A proposito di obbligo vaccinale

*Franco Giovanetti***Libri**184 La bambina selvaggia *Rumer Godden*184 I numeri felici *Susanna Mattiangeli,*
*illustrato da Marco Corona*184 Hachiko *Luis Prats,*
*illustrato da Zuzanna Celej*184 Io sono soltanto una bambina *Jutta Richter,*
*illustrato da Hildegard Muller*185 L'Università di Tuttomio *Fabrizio Silei,*
*illustrato da Adriano Gon*185 Il Grido del Lupo *Melvin Burgess*185 L'albero delle bugie *Frances Hardinge*185 Hotel Grande A *Sjoerd Kuiper*186 Il giardino dei musci eterni *Bruno Tognolini*186 L'ultimo faro *Paola Zannoner***Film**

187 Dal microcosmo al macrocosmo

*Rubrica a cura di Italo Spada***Info**

188 UNICEF lancia il nuovo rapporto "Ogni bambino è vita"

188 Cortei dei Conti: sistema sanitario italiano tra i meno costosi

188 Un nuovo Ospedale amico dei bambini

188 Cibo industriale: un esperimento fallito

Lettere

190 La penisola che non c'è

191 L'orrenda gioventù

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.