

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 cefalee in età pediatrica

[Formazione a distanza, pag. 99](#)

La gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso:
survey negli ospedali italiani

[Ricerca, pag. 110](#)

Il *Nurturing Care Framework*. Implicazioni
per l'Italia e per il lavoro dei servizi sanitari:
i "punti di contatto" nei primi 1000 giorni

[Il punto su, pag. 122](#)

Editorial

97 Reports and Observers

Federica Zanetto

98 We remember Dutch babies a year later

Costantino Panza

Distance learning

99 Headaches in children

Giovanni Tricomi

Info parents

109 "My head aches!"

Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Research

110 Pain management in children in the emergency room: surveys in Italian hospitals

Franca Benini, Emanuele Castagno, Gregorio Paolo Milani

Research letter

113 The oral communications presented by post graduate students in pediatrics at the Conference: From Tabiano to Parma

A close up on progress

115 Emophtysis in children: management of pulmonary hemorrhage

Matteo Botti, Valeria Galici, Cesare Braggion

Mental health

120 CareToy, otherwise the intelligent toy

Intervista di Massimo Soldateschi a Giuseppina Sgandurra

Appraisals

122 *Nurturing Care Framework*. Implications for Italy and for health services: 'touchpoints' over the first 1000 days

Giorgio Tamburlini

125 Differentiated regionalism: the "coup de grace" to the universalism of NHS?

Nino Cartabellotta

Comment by Paolo Siani

Practical endocrinology for the paediatrician

129 Fat, but not growing...

Brunetto Boscherini, Salvatore Scommegna

Keep an eye on skin

131 Keep an eye... on the ear

Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

A window on the world

133 Health at the time of Brexit. What awaits just around the corner

Stefania Manetti

The child and the legislation

135 Ludopathy or GAP (pathological gambling): science and law

Augusta Tognoni

Vaccinacipi

137 Typhoid Salmonella: it concerns us too

Franco Giovanetti

138 Books

140 Movies

141 Info

143 Letters

Meeting synopsis

144 From Tabiano to Parma better and better...

Giancarlo Biasini

Direttore

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessi

Direttore editoriale

Giancarlo Biasini

Presidente ACP

Federica Zanetto

Comitato editoriale

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Daniele De Brasi

Luciano de Seta

Martina Fornaro

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

Angelo Spataro

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:

ufficiosoci@acp.it

STAMPA: Cierre Grafica

www.cierrenet.it

Internet

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

www.quaderniacp.it

Redazione

redazione@quaderniacp.it

NORME REDAZIONALI PER GLI AUTORI

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

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

IN COPERTINA

Con la mamma, Lina Di Maio, Pediatra - Napoli

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



Rapporti e Osservatori



Federica Zanetto

Presidente ACP

Il 20 novembre 2018 il Laboratorio Salute Infantile dell'IRC-CS Mario Negri promuove l'iniziativa "#quota100": il martedì e il giovedì, per tre settimane, vengono lanciati uno alla volta sei messaggi, via email e sulle pagine Facebook, Twitter e Instagram del Laboratorio: #quota100 - 0 povertà minorile; #quota100 - 0 abbandoni scolastici; #quota100 - 0 bambini obesi; #quota100 sport; #quota100 - 0 tumori alla cervice uterina; #quota100 tutti al nido "#Quota 100 non solo per l'uscita del lavoro dal mondo del lavoro, ma anche per entrarci con diritto ed equità" (Ric&Pra 2019;35(1):41-5. www.ricercaepratica.it)

L'11 gennaio 2019 l'Autorità Garante Infanzia e Adolescenza difonde una nota relativa al documento "Verso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali dei bambini e degli adolescenti" (2015) e indicante i LEP attualmente oggetto di particolare approfondimento e aggiornamento: 1. Una mensa scolastica di qualità in tutte le scuole come servizio universale; 2. Un nido o un micronido pubblico come servizio universale (ogni tot abitanti); 3. Spazi gioco pubblici per i bambini della fascia 0-6 anni ogni tot abitanti; 4. Una banca dati sulla disabilità a livello nazionale, con dati disaggregati, relativamente alla fascia di età 0-6 anni. I punti 2 e 4 corrispondono a raccomandazioni avanzate negli ultimi Rapporti di Monitoraggio CRC.

Il 28 gennaio 2019 il "Corriere della Sera" pubblica un'inchiesta di F. Fubini (*La disparità inizia in culla*) sulle persistenti differenze tra le diverse aree del Paese in termini di mortalità infantile e sul problema da sempre segnalato della presenza di reparti di maternità piccoli o poco attrezzati.

Commenta in quello stesso giorno M. Bonati che "proprio nel 2005, data a cui fa riferimento l'inchiesta, il libro *'Nascere e crescere oggi in Italia'* (Il Pensiero Scientifico Editore, 2005) documentava le disuguaglianze interregionali, sin dalla nascita e che si mantenevano e accrescevano durante lo sviluppo. Disuguaglianze che non sono solo interregionali, ma anche intraregionali (...). Eppure la distrazione o disinteresse per i bisogni dell'infanzia è ancora elevato". La lettera ricorda che "un osservatorio nazionale istituzionale sulla salute dei bambini e degli adolescenti i cui lavori di ricerca e documentazione dovrebbero indicare ai decisori bisogni e strategie di intervento (continue e lungimiranti) in Italia non esiste. In Inghilterra, per esempio, è stato istituito nel 1946".

Il 7 febbraio 2019 Paolo Siani scrive sulle pagine di Napoli di "la Repubblica" che "anche i livelli essenziali di assistenza in campo sanitario si modificano da Sud a Nord del Paese. In Piemonte il punteggio Lea è di 221, in Veneto ed Emilia-Romagna 218, in Sicilia 160, in Campania 153, in Calabria 136" e che "prima di discutere di autonomia differenziata è necessario che tutti i cittadini a Vibo Valenzia o a Cuneo abbiano le stesse opportunità, gli stessi diritti, gli stessi servizi o quanto meno lo stesso livello essenziale di prestazione".

Pochi giorni dopo, su "la Repubblica" del 10 febbraio 2019, Chiara Saraceno scrive che "è noto che una esperienza educativa formale precoce e un ambiente scolastico dove si possano fare anche attività extracurricolari sono elementi cruciali per compensare gli svantaggi di chi cresce

in condizioni di povertà" e segnala il dimezzamento del "piccolo e sperimentale Fondo di contrasto alla Povertà educativa, senza che, al suo posto, si sia iniziato a lavorare per un piano di lungo respiro".

A metà febbraio si riaccende l'attenzione sul regionalismo differenziato, in occasione della convocazione del Consiglio dei ministri per analizzare le proposte di Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, con una concomitante consultazione pubblica lanciata dalla Fondazione GIMBE.

Luca Benci, giurista membro del Consiglio Superiore di Sanità, scrive il 3 marzo 2019 (quotidianosanità.it) che "sono proposte di duplice natura: alcune incidenti direttamente sul campo della tutela della salute, altre incidenti indirettamente tramite la diversa organizzazione del Servizio sanitario regionale" e si chiede: "Possono essere messe in atto proposte che incidono così fortemente nell'organizzazione e nella fruizione di diritti in modo differenziato nelle varie regioni italiane o, più correttamente, solo in alcune? È ammissibile una tale differenziazione senza ledere il diritto fondamentale alla salute da riconoscersi secondo i principi di uguaglianza e da attivarsi, anche, con doveri 'inderogabili di solidarietà politica' tenendo conto dell'uscita dal fondo sanitario e dalle sue perequazioni di alcune importanti regioni italiane? (...). Può essere differenziato il diritto alla salute subordinandolo alla residenza - un carattere amministrativo, quindi - dei cittadini?"

Il 27 marzo 2019 vengono presentati a Torino i dati regione per regione del Gruppo CRC. Cinque raggruppamenti tematici definiti, declinati in schede regionali: dati demografici, ambiente familiare e misure alternative, educazione, gioco e attività culturali, salute disabilità e servizi di base, povertà e protezione. Un lavoro di ricognizione dei dati esistenti che evidenzia anche le lacune del sistema nazionale e regionale di monitoraggio e di raccolta dati sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il 29 marzo 2019 il bollettino della Biblioteca Alessandro Libera ti dà notizia della pubblicazione dell'*Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione* (<https://www.istat.it/it/archivio/228071>), frutto della collaborazione scientifica tra ISTAT, INMP e i maggiori esperti sul tema. L'obiettivo degli autori è valutare le differenze geografiche e socioeconomiche nella mortalità e nella speranza di vita ancora esistenti in Italia, con margini per recuperare equità nella salute. L'*Atlante* fornisce anche spunti importanti per l'aggiustamento delle politiche sanitarie, soprattutto nel senso di una ridefinizione delle priorità e dei target di salute.

Note e riflessioni su disuguaglianze, priorità e scenari possibili evidenziati da Rapporti e Osservatori nazionali si sono rincorse, diverse e a più voci, nella prima parte del 2019.

È anche in tale consapevolezza che questo numero di *Quaderni acp* accoglie i due contributi dedicati di N. Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE, e di P. Siani, pediatra e parlamentare, con l'auspicio a ulteriori commenti e approfondimenti. L'equità nella salute resta una sfida ancora tutta da affrontare.

Ricordiamo i neonati olandesi a un anno di distanza



Costantino Panza

Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

La vicenda è nota: il quotidiano "The Guardian" del 24 luglio 2018 informava dell'interruzione prematura di un RCT svolto in Olanda (Duch STRIDER trial) per il rilievo di un'importante differenza di mortalità e morbilità in neonati con grave ritardo di crescita intrauterino (IUGR): su 108 gestanti con insufficienza placentare trattate con il sildenafil per migliorare la perfusione vascolare erano morti 21 neonati *vs* 11 del gruppo di controllo con un numero significativamente più elevato di casi di ipertensione polmonare neonatale (18% *vs* 5.3%) e con una più elevata ricorrenza di retinopatia della prematurità (18% *vs* 3%). Tutta la comunità medica è rimasta emotivamente colpita da questa notizia, i blog e i social media in ambito sanitario di tutto il mondo hanno ricevuto migliaia di post da parte di medici e ricercatori con commenti che esprimevano forti emozioni.

Lo IUGR è un problema clinico ancora oggi irrisolto ed è spesso portatore di esiti infausti: la ricerca medica ha sperato nel sildenafil dopo le rassicuranti notizie di effetto benefico sugli animali (topo, ratto, pecora, coniglio, cavia) e sui neonati arruolati in precedenti studi sperimentali. Questa molecola, conosciuta con il nome di Viagra®, è un'inibitore della fosfodiesterasi-5 e presenta un'attività vasodilatatrice che è stata ipotizzata essere efficace in caso di IUGR: il farmaco favorirebbe lo sviluppo della placenta migliorandone il flusso vascolare attraverso una riduzione della vasocostrizione con la conseguenza di favorire la nutrizione e l'ossigenazione fetale. Tutto questo si tradurrebbe in un aumento del peso alla nascita, che è stato supposto essere al massimo del 10% solo nei casi di gravidanze seriamente compromesse utilizzando, tuttavia, dosaggi superiori a quelli normalmente impiegati nell'uomo adulto. Un beneficio clinico modesto, un aumento di peso di poche decine di grammi, ma con la fiducia di scarsi o nulli rischi di effetti dannosi. Su queste basi è stato costruito il STRIDER trial (Sildenafil TheRapy In Dismal Prognosis Early-onset Fetal Growth Restriction), un ambizioso progetto di ricerca che racchiude in realtà 5 RCT: oltre a quello olandese è stato completato il trial britannico e quello neozelandese/australiano, mentre sono in fase di completamento quello statunitense, inglese e irlandese. I risultati dello studio inglese e neozelandese non rilevano maggiori danni negli esiti dei neonati, ma non hanno nemmeno evidenziato alcun beneficio della somministrazione del sildenafil, a differenza dalla ricca bibliografia che li ha preceduti e su cui si sono basati per l'intervento. Pertanto, le cause dei decessi e delle complicanze nei bambini olandesi sono ancora in discussione ed è prematuro dichiarare il sildenafil come l'unico colpevole, anche se rimane il primo indiziato.

Cosa possiamo dire dunque di questa storia, al di là dell'intenso impatto emotivo che ha suscitato la notizia giornalistica dell'estate scorsa?

Il primo pensiero va alla Talidomite, un farmaco da banco distribuito in tutta Europa a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, propagandato come un medicinale assolutamen-

te sicuro per la nausea, l'insonnia e il dolore in gravidanza, ma per il quale non era stata eseguita una corretta sperimentazione. Dopo molti anni di diffusione indiscriminata e diverse migliaia di casi di focomelia, venne ritirato dal commercio con un colpevole ritardo nel riconoscere il danno da parte dell'azienda produttrice e del mondo scientifico. Oggi questo non è successo: il responsabile del Duch STRIDER trial, il ginecologo Wessel Ganzevoort, in un'analisi *ad interim* dopo aver arruolato 216 gestanti e prima di arrivare al completamento delle 360 previste del trial, ha immediatamente interrotto la sperimentazione e ha lanciato un public alert: la lezione della talidomite l'abbiamo imparata.

È possibile che la letteratura che ha preceduto i STRINDER trial abbia sofferto di un bias di pubblicazione: in un ambiente editoriale e di ricerca dove ancora oggi si tende a evitare di pubblicare i risultati di sperimentazioni con prove di efficacia nulla o, peggio, con esiti di danno, forse sono rimasti nel cassetto quegli studi che non portavano risultati positivi.

Il primo esito di un trial dovrebbe essere quello di accertare l'effetto di un qualsiasi danno, prima di misurare i benefici della sperimentazione del farmaco o del dispositivo medico: spesso ci dimentichiamo che *pharmakon* ha il doppio significato di medicina e di veleno, a seconda della quantità somministrata. L'innata predisposizione del medico a pensare di fare sempre del bene può portare a non riflettere che i farmaci, tutti e sempre, sono una arma insidiosa. È questo un modo di pensare che portiamo inevitabilmente con noi, spesso innocentemente; e talvolta si tende a intervenire con il sincero intento di poter fare qualcosa di utile, commettendo però un *overtreatment* (*commission bias*), e considerando che il trattamento possa dare un beneficio assoluto ignorando nel contempo il rischio di danno (*framing bias*): esempi di distorsioni cognitive che inconsapevolmente utilizziamo nel prendere decisioni.

In ogni clinico c'è anche il desiderio intimo di avere a disposizione un sempre nuovo *magic bullet*, il proiettile magico che, come immaginava Paul Ehrlich, risolva prontamente una specifica malattia senza danneggiare alcun tessuto dell'organismo; così almeno ci aveva abituato a pensare quella medicina dell'Ottocento e della prima metà del Novecento piena di scoperte entusiasmanti. Sono ormai alcune decine di anni che la ricerca medica è in difficoltà a trovare questi farmaci magici, ma un bravo medico forse non ha bisogno di una cartucciera rifornita di questi proiettili: l'abilità di un medico si vede in maggior misura dall'assenza di prescrizione, e non dall'immane ricetta a fine consulto.

Ecco, a distanza di un anno dalla dura notizia di questo trial olandese interrotto per un eccesso di mortalità, ricordiamo questi neonati senza esercitarci in una sommaria colpevolizzazione, ma riconoscendo i limiti della ricerca medica e riflettendo sui rischi di danno sempre presenti nella clinica.

✉ costpan@tin.it

Le cefalee in età pediatrica



Giovanni Tricomi

UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – Cesena, AUSL della Romagna

Introduzione

Le cefalee rappresentano un disturbo molto comune sia nel bambino che nell'adulto, determinano spesso disagio e preoccupazione e influenzano negativamente la qualità della vita di chi ne è affetto. Le cause delle cefalee possono variare da fattori relativamente benigni a più rare condizioni che possono mettere a serio rischio la salute. La conoscenza delle *red flags* nella cefalea è fondamentale per distinguere le forme primarie dalle altre forme che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico urgente. Nonostante l'elevata frequenza di tale disturbo le cefalee in età pediatrica risultano spesso non riconosciute e non trattate in modo ottimale.

Epidemiologia

Le cefalee sono un sintomo molto frequente nei bambini e negli adolescenti, tuttavia c'è una significativa variabilità nei dati derivanti dagli studi di prevalenza. La prevalenza generale di questo disturbo in età pediatrica viene stimata da uno studio abbastanza recente come pari al 58,4% (Abu-Arafé I, et al. 2010). Le più comuni forme di cefalea in età evolutiva sono l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo che, secondo gli studi effettuati, si calcola abbiano una prevalenza del 9,1% e 57,5% rispettivamente (Toldo I, et al. 2017). Sebbene la prevalenza della cefalea aumenti

con il crescere dell'età in entrambi i sessi il disturbo è nettamente più frequente nelle ragazze rispetto ai ragazzi nel periodo puberale (approssimativamente vengono riportati dati di prevalenza del 28-36% nelle ragazze rispetto a valori del 20% nei ragazzi) (Zwart JA, et al. 2004; Lateef TM, et al. 2009). La prevalenza delle cefalee ad andamento ricorrente aumenta con l'età con percentuali che vanno dal 4,5% nei bambini di età compresa tra i 4 e i 6 anni al 27,4% negli adolescenti di età compresa tra i 16 e i 18 anni (Lateef TM, et al. 2009). Studi di popolazione riportano che l'1,5% degli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni presenta cefalea cronica (Wang SJ, et al. 2006; Dodick DW 2006).

Eziologia e classificazione

Le cefalee in età pediatrica sono raramente causate da problematiche che possono mettere a serio rischio la salute del bambino. Tuttavia, occasionalmente, condizioni gravi possono essere diagnosticate come causa di cefalea (Kan L, et al. 2000; Burton LJ, et al. 1997). Le più comuni cause di cefalea determinanti accesso alle strutture di pronto soccorso sono determinate dalle infezioni virali intercorrenti (39-57%) e dall'emicrania (16-18%) (Schobitz E, et al. 2006). Anche gli episodi di cefalea acuta ricorrente e cronica rappresentano una

frequente causa di valutazione medica. Le cefalee possono essere classificate in forme primarie (causa intrinseca al sistema nervoso centrale di tipo funzionale) o secondarie (forme in cui la cefalea è il sintomo di una patologia organica cerebrale/extracerebrale o viene determinata da malattia sistemica o da causa iatrogena). Le cefalee primarie rappresentano le forme più diffuse e sono in genere facilmente riconoscibili (Tabella 1). Le forme secondarie si manifestano in stretta relazione temporale con la condizione che ne determina l'insorgenza e/o si risolvono con il trattamento della condizione stessa. Le cefalee secondarie includono ad esempio quelle causate dalle infezioni acute con febbre (es. infezioni delle alte vie respiratorie, influenza ecc.), dai traumi cranici o da fattori che possono potenzialmente mettere a serio rischio la vita del paziente (es. infezioni del sistema nervoso centrale o lesioni occupanti spazio). La terza edizione dell'International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) fornisce informazioni diagnostiche dettagliate relative alle forme di cefalea primaria e secondaria e ai disturbi correlati alle algie facciali.

Cefalee primarie

Le più comuni forme di cefalea primaria sono l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo

TABELLA 1. Caratteristiche delle più comuni forme di cefalea primaria del bambino e dell'adolescente

	Emicrania	Cefalea di tipo tensivo	Cefalee autonome trigeminali (es. cefalea a grappolo)
LOCALIZZAZIONE	Comunemente bilaterale nei bambini piccoli; negli adolescenti e nei giovani adulti unilaterale nel 60-70% dei casi e frontale o diffusa nel 30% dei casi	Bilaterale	Sempre unilaterale con esordio del dolore in prossimità dell'occhio o della tempia
CARATTERISTICHE	Esordio graduale con pattern in crescendo; dolore pulsante di media/elevata intensità aggravato dalle comuni attività fisiche quotidiane	Dolore con caratteristiche pressorie/tensive che aumenta e diminuisce	Il dolore inizia acutamente e raggiunge un acme nell'arco di pochi minuti; il dolore è profondo, continuo, molto intenso ed esplosivo nella qualità
ASPETTO DEL PAZIENTE	Il paziente preferisce riposare al buio e lontano dal rumore	Il paziente può rimanere attivo o necessitare di riposare	Il paziente rimane attivo
DURATA	2-72 ore	Variabile	30 minuti-3 ore
SINTOMI ASSOCIATI	Nausea, vomito, fotofobia, fonofobia; possibile presenza di aura (di solito visiva ma può coinvolgere altri sensi o causare disturbi del linguaggio o motori)	Nessuno	Lacrimazione ipsilaterale e iperemia oculare; sensazione di naso chiuso; rinorrea; pallore; sudorazione; sindrome di Horner; sintomi neurologici focali (raro); sensibilità all'alcol

vo; le cefalee autonome trigeminali (inclusa la cefalea a grappolo) sono rare nei bambini di età inferiore ai 10 anni e non comuni nei bambini più grandi.

Emicrania

L'emicrania è la più frequente forma di cefalea acuta episodica che determina richiesta di valutazione medica. Questo tipo di cefalea è caratterizzata da episodi ricorrenti di dolore di intensità medio-alta, di tipo pulsante, localizzato, aggravato dall'attività fisica, che, se non trattati, possono durare dalle 2 alle 72 ore. La cefalea può associarsi a nausea, vomito e fastidio nei confronti della luce e del rumore (Tabella 2A). Nel bambino la durata degli episodi di emicrania è più breve rispetto a quanto accade nell'adulto. Spesso nei bambini la localizzazione del dolore durante l'attacco emicranico è bilaterale (bi-frontale o bi-temporale). Circa il 10% dei bambini con emicrania presenta un'aura associata che comprende sintomi visi-

vi inclusi i sintomi retinici (es. scotomi), sintomi sensoriali (es. parestesia), alterazioni del linguaggio (es. disfasia), disturbi motori (es. debolezza, emiplegia, atassia), segni di interessamento del tronco encefalico e stato confusionale. L'emicrania cronica è definita da un numero di episodi di cefalea pari a 15 o più al mese da > 3 mesi con almeno 8 episodi aventi caratteristiche emicraniche; è importante per questo tipo di emicrania evitare l'eccessivo utilizzo di farmaci analgesici. Sono stati descritti sintomi episodici associati all'emicrania (un tempo definite sindromi periodiche o "varianti" dell'emicrania): vengono incluse le vertigini parossistiche benigne, il vomito ciclico, l'emicrania addominale e il torcicollo parossistico benigno dell'infanzia.

Cefalea di tipo tensivo

La cefalea di tipo tensivo si caratterizza per un dolore diffuso, non pulsante, di intensità lieve-moderata, che non peggiora con lo svolgimento delle attività (il bam-

bino può non voler partecipare alle attività), con episodi che possono durare dai 30 minuti ai 7 giorni (Tabella 2B). La cefalea di tipo tensivo può essere associata a fotofobia e fonofobia (ma non a entrambe) ma non è accompagnata da nausea, vomito o aura. Anche se la cefalea di tipo tensivo può avere alcune caratteristiche in comune con l'emicrania, l'ICHD-3 specifica che la diagnosi di emicrania è prioritaria rispetto a quella di cefalea di tipo tensivo, motivo per cui, in caso di dubbio diagnostico tra le due forme, è meglio porre diagnosi di emicrania piuttosto che utilizzare la definizione di cefalea con caratteristiche miste tensivo-emicraniche.

Cefalea a grappolo

La cefalea a grappolo rappresenta la più comune forma di cefalea autonoma trigeminale; questo gruppo di cefalee sono accomunate dalla distribuzione del dolore a livello delle aree innervate dal nervo trigemino e dalla presenza di sintomi auto-

TABELLA 2A. Criteri diagnostici per l'emicrania
EMICRANIA SENZA AURA
A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri descritti dal punto B al D.
B. Attacchi di cefalea che durano 4-72 ore (non trattati o trattati senza successo).
C. Cefalea con almeno due delle seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - localizzazione unilaterale del dolore; - dolore di tipo pulsante; - dolore di intensità media o forte; - aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine (es. camminare, salire le scale).
D. Almeno uno dei seguenti sintomi durante la cefalea: <ul style="list-style-type: none"> - nausea, vomito o entrambi; - fotofobia e fonofobia.
E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.
EMICRANIA CON AURA
A. Almeno due attacchi che soddisfino i criteri B e C.
B. Uno o più dei seguenti sintomi di aura completamente reversibili: <ul style="list-style-type: none"> - visivo; - sensoriale; - linguaggio; - motorio; - tronco encefalico; - retinico.
C. Almeno tre delle seguenti sei caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - almeno un sintomo di aura che gradualmente si diffonde in un tempo \geq ai 5 minuti; - due o più sintomi che si verificano in successione; - ogni singolo sintomo di aura dura dai 5 ai 60 minuti; - almeno un sintomo di aura unilaterale; - almeno un sintomo di aura positivo; - l'aura è accompagnata o seguita entro 60 minuti da cefalea.
D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3 ed è stato escluso un attacco ischemico transitorio.
CARATTERISTICHE DELL'EMICRANIA NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI
Gli attacchi possono durare dalle 2 alle 72 ore.
La cefalea è più spesso bilaterale rispetto a quanto si verifica negli adulti; il pattern di localizzazione unilaterale del dolore emerge in genere in tarda adolescenza o giovane età adulta.
La fotofobia e la fonofobia quando non riferite possono essere dedotte dall'osservazione del bambino

TABELLA 2B. Criteri diagnostici per la cefalea di tipo tensivo
Descrizione: episodi di cefalea con localizzazione del dolore bilaterale, di tipo tensivo/costrittivo, di intensità lieve-moderata e durata variabile da minuti a giorni. Il dolore non peggiora con le comuni attività fisiche quotidiane e non si associa a nausea; possono essere presenti foto- e fonofobia. Può essere presente aumento della sensibilità delle regioni pericraniche alla palpazione manuale.
A. Almeno 10 episodi di cefalea che soddisfino i criteri riportati da B a D. Forme non frequenti e frequenti di cefalea di tipo tensivo episodica vengono distinte nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> - cefalea di tipo tensivo episodica sporadica: cefalea che si verifica in media per < 1 volta al mese (< 12 giorni all'anno); - cefalea di tipo tensivo episodica frequente: cefalea che si verifica in media da 1 a 14 giorni al mese per un periodo > 3 mesi (\geq 12 e < 180 giorni all'anno).
B. Episodi di cefalea che durano dai 30 minuti ai 7 giorni.
C. Almeno due delle seguenti quattro caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - localizzazione bilaterale del dolore; - dolore di tipo gravativo o costrittivo (non pulsante); - intensità del dolore di grado lieve-moderato; - dolore non aggravato dalle normali attività fisiche routine (es. camminare, salire le scale).
D. Entrambe le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - assenza di nausea o vomito; - può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe.
E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

TABELLA 2C. Criteri diagnostici per la cefalea a grappolo

Cefalea a grappolo – I criteri diagnostici per la cefalea a grappolo sono i seguenti:

A. Almeno cinque attacchi che soddisfino i criteri da B a D.

B. Dolore unilaterale intenso o molto intenso a livello della regione orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale che, se non trattato, dura dai 15 ai 180 minuti; durante parte (ma meno della metà) della durata dell'intervallo temporale che racchiude gli attacchi gli episodi possono essere meno intensi e/o di durata minore o maggiore rispetto a quanto precedentemente indicato.

C. La cefalea è associata a una o entrambe le seguenti condizioni:

- almeno uno dei seguenti sintomi o segni omolaterali al dolore:
 - iperemia congiuntivale e/o lacrimazione;
 - congestione nasale e/o rinorrea;
 - edema palpebrale;
 - sudorazione a livello della fronte e del volto;
 - miosi e/o ptosi;
- sensazione di irrequietezza o agitazione.

D. La frequenza degli attacchi è compresa tra 1 ogni due giorni e 8 al giorno per più della metà del periodo di tempo in cui la patologia è in fase attiva.

E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

Cefalea a grappolo episodica – I criteri diagnostici per la cefalea a grappolo episodica sono i seguenti:

A. Attacchi che soddisfino i criteri diagnostici della cefalea a grappolo e che si verificano in periodi (periodi a grappolo).

B. Almeno due "grappoli" che durano dai 7 giorni a 1 anno (senza trattamento), intervallati da periodi di remissione ≥ 3 mesi.

Cefalea a grappolo cronica – I criteri diagnostici per la cefalea a grappolo cronica sono i seguenti:

A. Attacchi che soddisfano i criteri diagnostici della cefalea a grappolo

B. Attacchi che si verificano senza fasi di remissione o con periodi di remissione che durano < 3 mesi per almeno un anno.

TABELLA 3A. Etiologia delle cefalee secondarie

Cefalea attribuibile a trauma o ferita della testa e/o del collo.	es. trauma cranico, colpo di frusta, craniotomia.
Cefalea attribuibile a disturbo vascolare cranico o cervicale.	es. stroke ischemico o TIA, emorragia intracranica non traumatica, malformazione vascolare integra, arterite, disturbo della carotide cervicale o dell'arteria vertebrale, trombosi venosa cerebrale, patologia acuta interessante il circolo arterioso cerebrale, vasculopatia geneticamente determinata, apoplessia ipofisaria.
Cefalea attribuibile a patologia intracranica di natura non vascolare.	es. aumento della pressione liquorale, ipotensione liquorale, patologie infiammatorie non infettive, neoplasia intracranica, iniezione intratecale, crisi epilettica, malformazione di Chiari tipo 1, altre patologie intracraniche di natura non vascolare.
Cefalea attribuibile a uso o sospensione di sostanze.	es. esposizione a una sostanza, eccessivo utilizzo di farmaci, sospensione di una sostanza in uso.
Cefalea attribuibile a infezione.	es. infezione intracranica, infezione sistemica.
Cefalea attribuibile a disturbo dell'omeostasi.	es. ipossia e/o ipercapnia, dialisi, ipertensione arteriosa, ipotiroidismo, stato di digiuno, problematiche cardiache, disturbi dell'omeostasi.
Cefalea o dolore facciale attribuibile a disturbo del cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni, denti, bocca, o altre strutture facciali o cervicali.	es. patologia interessante le ossa craniche, disturbi del collo, disturbi degli occhi, disturbi delle orecchie, disturbi del naso o dei seni paranasali, disturbi dei denti o della mandibola, disturbo dell'articolazione temporo-mandibolare, infiammazione del legamento stilo ioideo, disturbi del cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni, denti, bocca o altre strutture facciali o cervicali.
Cefalea attribuibile a disturbi psichiatrici.	es. disturbo da somatizzazione, disturbo psicotico.

questo viene utilizzato il termine "grappolo"). Gli attacchi di questo tipo di cefalea sono associati a sintomi autonomici ipsilaterali che includono lacrimazione, iperemia congiuntivale, congestione nasale e/o rinorrea, sudorazione a livello del volto e della fronte, edema palpebrale, miiosi e/o ptosi (Tabella 2C). La cefalea a grappolo è rara in bambini di età inferiore ai 10 anni e poco comune nei bambini più grandi.

Cefalee secondarie

Le cefalee secondarie sono determinate da una condizione organica cerebrale, extracerebrale o da una malattia sistemica (Tabelle 3A e 3B) e includono le cefalee primarie esacerbate da una causa organica e le forme iatrogene (Lewis DW, et al. 2010). Le condizioni che possono causare una cefalea secondaria nel bambino includono ad esempio:

- condizioni febbrili acute (es. influenza, infezioni delle alte vie respiratorie, sinusiti);
- cefalee post traumatiche (le cefalee acute post trauma si risolvono generalmente nell'arco di 7-10 giorni);
- terapie farmacologiche (la cefalea viene riportata essere un effetto indesiderato piuttosto comune in seguito all'utilizzo di molti farmaci);
- cefalee da eccessivo utilizzo di analgesici (l'utilizzo in eccesso di farmaci analgesici è una delle più comuni cause di cefalea cronica secondaria);
- grave ipertensione sistemica acuta (può causare cefalea o essere una risposta all'aumento della pressione endocranica);
- meningite acuta o cronica;
- neoplasia cerebrale;
- ipertensione endocranica idiopatica;
- idrocefalo;
- emorragia intracranica.

Valutazione del paziente con cefalea

Storia clinica

L'elemento più importante nella valutazione del paziente con cefalea è la storia clinica (Tabella 4). Questa deve includere la caratterizzazione completa del tipo di cefalea (Tabella 5) con i sintomi associati, l'anamnesi patologica remota, l'anamnesi familiare, l'indagine relativa all'eventuale presenza di fattori stressogeni, l'igiene del sonno, la valutazione del tono dell'umore, l'alimentazione, l'idratazione, l'attività fisica e la presenza di fattori trigger potenzialmente scatenanti il disturbo. È noto per esempio che una riduzione della quantità/qualità del sonno, un'alimentazione irregolare, una scarsa idratazione, un'inappropriata attività fisica (sia in eccesso che in difetto) e un'eccessiva assunzione

nomici. La cefalea a grappolo si caratterizza per un dolore molto intenso, unilaterale, localizzato a livello della regione fron-

tales-periorbitaria, di durata inferiore alle 3 ore; più episodi di cefalea si possono verificare nell'arco di un breve periodo (per

di caffeina possano essere fattori favorevoli l'insorgenza e il mantenimento di un disturbo cefalalgico (Hering-Hanit R, et al. 2003). Le cefalee possono essere associate a malattie sistemiche (es. leucemia ecc.) o ad assunzione di farmaci (es. minociclina, utilizzata per il trattamento dell'acne ecc.)

ed è per questo assolutamente indispensabili ottenere una storia medica completa. È anche fondamentale discutere delle condizioni sociali così come dello stress a scuola, a casa o con gli amici e indagare su eventuale uso di droghe o alcol, variazioni del tono dell'umore, disturbi del com-

portamento o disturbi dell'alimentazione. È importante rilevare alcuni possibili sintomi associati alla cefalea (es. tachicardia, tremore e intolleranza al calore suggestivi di ipertiroidismo o storia di torcicollo episodico nell'infanzia suggestivo di emicrania). Le emicranie hanno spesso una ricor-

TABELLA 3B. Potenziali cause di cefalea secondaria

Causa	Effetto
Aumento della pressione endocranica	Idrocefalo, ipertensione endocranica idiopatica, farmaci, terapie ormonali, tumori, malformazioni vascolari, cisti di ampie dimensioni, edema cerebrale.
Riduzione della pressione endocranica	Perdita di liquor cefalorachidiano che può verificarsi in seguito a traumi o a patologia del tessuto connettivo.
Infezioni	Malattie virali, infezioni sistemiche, sinusiti, infezioni da streptococco, meningite/encefalite (le meningiti fungine possono non causare dolore).
Patologie cerebrovascolari	Emorragia, dissezione vascolare, trombosi venosa, stroke ischemico, malformazione vascolare, vasculite.
Trauma	Cefalea post-traumatica, emorragia endocranica, cefalea da colpo di fusta cervicale, dissezione vascolare.
Farmaci	Antiipertensivi, anfetamine, stimolanti, nitrati, antibiotici, immunoglobuline somministrate per via endovenosa, steroidi, terapie ormonali, antiepilettici, vitamina A/acido retinoico, caffeina, oppioidi, cannabis, farmaci antiinfiammatori non steroidei, metronidazolo.
Malattie metaboliche	Malattie endocrinologiche, ipercapnia/apnee durante il sonno, malattie mitocondriali, disturbo dell'alimentazione, malattia celiaca.
Esposizione a sostanze tossiche	Alcol, droghe, sostanze inalanti, piombo.
Epilessia	Cefalea pre- o post ictale.
Malattie reumatologiche	Meningite asettica, ipertensione intracranica, patologie cerebrovascolari, terapie immunosoppressive e farmaci antiinfiammatori non steroidei.
Patologie maxillo-facciali/odontoiatriche	Alterazioni/disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare, carie dentarie, ascessi.

Nota: questa non rappresenta una lista esaustiva di tutte le potenziali cause di cefalea secondaria.

TABELLA 4. Importanti elementi della storia clinica del bambino e dell'adolescente con cefalea

Caratteristiche cliniche	Possibile significato
STORIA CLINICA DELLA CEFALEA	
Età d'esordio	- L'emicrania esordisce frequentemente nella prima decade di vita. - La cefalea cronica non progressiva esordisce generalmente in adolescenza.
Modalità di esordio	Un esordio improvviso di una cefalea molto intensa (es. cefalea "a rombo di tuono" o "peggiore episodio di cefalea della mia vita") può essere indicativo di emorragia intracranica.
Qual è il pattern temporale della cefalea: acuto, acuto ricorrente, cronico progressivo, quotidiano non progressivo o misto?	Aiuta a determinare la causa della cefalea. Le cefalee intermittenti separate da periodi di benessere sono frequentemente delle forme emicraniche. Le forme di cefalea caratterizzate da fastidio intenso e andamento progressivo pongono il sospetto diagnostico di cefalea secondaria. Le forme di cefalea di tipo tensivo hanno generalmente un andamento cronico non progressivo.
Quanto spesso si verifica la cefalea?	L'emicrania tipicamente ha frequenza settimanale o inferiore. La cefalea di tipo tensivo può verificarsi quotidianamente o per molti giorni alla settimana. Alcune specifiche sindromi cefalalgiche come la cefalea a grappolo si caratterizzano per periodi con attacchi frequenti raccolti in clusters della durata di settimane/pochi mesi cui fanno seguito lunghi periodi di benessere. - L'emicrania si verifica tipicamente 2-4 volte al mese; quasi mai tutti i giorni. - La cefalea cronica non progressiva può verificarsi dai 5 ai 7 giorni alla settimana. - La cefalea a grappolo tipicamente si verifica 2-3 volte al giorno per diversi mesi con successivi lunghi periodi liberi.
Quanto dura un episodio di cefalea?	- Gli episodi di emicrania durano tipicamente dalle 2-3 ore nel bambino piccolo e possono durare più a lungo (48-72 ore) nell'adolescente. - La durata degli episodi di cefalea di tipo tensivo è variabile; gli episodi possono durare tutto il giorno. - Gli episodi di cefalea a grappolo in genere durano 5-15 minuti ma possono durare anche 60 minuti.
C'è un'aura come sintomo prodromico?	L'aura o altri sintomi prodromici sono suggestivi di emicrania; se i sintomi prodromici sono focali e ripetutamente localizzati a livello della stessa regione corporea, una crisi epilettica o anomalie vascolari o strutturali devono essere sospettate.
Quando si verifica la cefalea?	- Una cefalea che causa risveglio dal sonno o che frequentemente si verifica al risveglio può essere indicativa di un aumento della pressione intracranica/lesione occupante spazio. - Gli episodi di cefalea di tipo tensivo si verificano tipicamente alla fine della giornata.

Quali sono le caratteristiche del dolore durante gli episodi di cefalea (pulsante, fisso, costrittivo, profondo ecc.)?	<ul style="list-style-type: none"> - Nell'emicrania il dolore è di tipo pulsante. - Nelle cefalee croniche non progressive il dolore è tensivo/costrittivo e fluttua (aumenta e diminuisce) in intensità. - Nella cefalea a grappolo il dolore è profondo e continuo.
Dov'è localizzato il dolore?	<ul style="list-style-type: none"> - Una localizzazione occipitale del dolore può essere indicativo di una neoplasia a livello della fossa cranica posteriore ma può anche verificarsi nella malformazione di Arnold-Chiari o nell'emicrania basilare. - Il dolore della cefalea a grappolo è localizzato a livello della regione orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale. - Un dolore localizzato può essere suggestivo di una specifica causa (es. sinusite, otite, ascesso dentario ecc.).
Cosa scatena la cefalea o cosa fa peggiorare il disturbo?	<ul style="list-style-type: none"> - Una cefalea che si verifica in posizione sdraiata o con lo sforzo/manovra di Valsalva può essere indicativa di una patologia intracranica. - Gli episodi di emicrania possono essere scatenati da alcuni cibi, odori, luci, rumore, mancanza di sonno, mestruazioni e attività fisica intensa. - Gli episodi di cefalea di tipo tensivo possono essere peggiorati dallo stress, dalla luce, dal rumore e dall'attività fisica intensa. - La cefalea a grappolo può peggiorare assumendo la posizione sdraiata o con il riposo.
Cosa fa sparire un episodio di cefalea?	<ul style="list-style-type: none"> - Gli episodi di emicrania tipicamente migliorano/si risolvono con la terapia analgesica, con lo stare al buio, lo stare in una stanza priva di rumori/stimoli fastidiosi, con l'applicazione di bendaggi freddi o con il sonno. - La cefalea cronica tensiva può risolversi con il sonno (ma generalmente non con la terapia analgesica).
Ci sono sintomi associati?	<ul style="list-style-type: none"> - La presenza di deficit neurologici (es. atassia, alterazione dello stato di coscienza, diplopia ecc.) può essere indicativa di aumento della pressione endocranica e/o di lesione occupante spazio. - La febbre può essere indicativa di infezione o, più raramente, di emorragia endocranica. - La presenza di rigidità nucale può essere indicativa di meningite o di emorragia endocranica. - Un dolore localizzato può essere indicativo di un'infezione localizzata (es. otite media, faringite, sinusite, ascesso dentario). - La presenza di sintomi autonomi (es. nausea, vomito, pallore, brividi di freddo, febbre, vertigini, sincope ecc.) può essere indicativa di emicrania o cefalea a grappolo. - La presenza di vertigini, la sensazione di stordimento/intorpidimento o debolezza possono verificarsi nell'ipertensione intracranica idiopatica.
I sintomi associati continuano tra gli episodi di cefalea?	<ul style="list-style-type: none"> - La persistenza dei sintomi associati (sintomi neurologici o nausea/vomito) tra gli episodi di cefalea sono suggestivi di un aumento della pressione endocranica e/o lesione occupante spazio. - La risoluzione dei sintomi associati tra gli episodi di cefalea è caratteristica dell'emicrania.

IMPATTO DELLA CEFALEA SULLA QUALITÀ DI VITA

La cefalea compromette il normale svolgimento delle attività di vita quotidiana (es. frequentare la scuola, svolgere le normali attività) o influisce negativamente sulla qualità della vita?	I bambini con cefalea cronica non progressiva fanno frequenti assenze scolastiche; una compromissione della capacità di svolgere le normali attività di vita quotidiana rende giustificata una valutazione specialistica del bambino.
---	---

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Storia medica passata	Alcune specifiche condizioni aumentano il rischio di sviluppare una patologia intracranica (es. anemia falciforme, immunodeficienza, patologie tumorali, coagulopatie, patologie cardiache con shunt intracardiaci destro/sinistro, trauma cranico, neurofibromatosi tipo 1, sclerosi tuberosa ecc.).
Farmaci e vitamine	Tra i farmaci che come effetto indesiderato possono causare cefalea si ricordano i contraccettivi orali, i glucocorticoidi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina ecc. I farmaci che possono causare ipertensione endocranica idiopatica includono l'ormone della crescita, le tetracicline, la vitamina A (in dosi eccessive) e la sospensione della terapia con glucocorticoidi.
Recenti modifiche improvvise del peso e della visione	Possono essere associate a patologie intracraniche (es. neoplasie ipofisarie, craniofaringioma, ipertensione endocranica idiopatica).
Recenti cambiamenti nel sonno, attività fisica o alimentazione	Possono far peggiorare la cefalea; possono essere associati a disturbo del tono dell'umore.
Cambiamenti nell'ambiente scolastico o familiare	Possono essere una fonte di stress psicosociale.
Storia familiare di cefalea o disturbo neurologico	L'emicrania e alcuni tumori e malformazioni vascolari sono ereditarie.
Cosa il bambino e i genitori pensano sia la causa della cefalea?	È indicativo rispetto al loro livello di ansia rispetto alla cefalea.
Storia di problematiche psicologiche/psichiatriche, fattori stressanti di natura psicosociale	Le cefalee croniche non progressive possono essere associate a depressione del tono dell'umore o ad ansia.

TABELLA 5. Caratterizzazione della cefalea

- Quanti tipi di cefalea sono presenti?
- Quando ha avuto inizio la cefalea?
- Ci sono stati possibili fattori scatenanti associati all'inizio della cefalea?
- La cefalea sta peggiorando, migliorando o si mantiene stabile nel tempo? Attacchi più o meno frequenti o intensi?
- Quali sono i fattori scatenanti dei singoli episodi di cefalea?
- A cosa è simile il dolore della cefalea? Dov'è localizzato il dolore?
- La cefalea sveglia il soggetto mentre dorme? (cosa diversa è svegliarsi al mattino con la cefalea).
- Ci sono altri sintomi oltre al dolore associati alla cefalea o sintomi che precedono la cefalea (es. aura)?
- Che cosa fa il soggetto durante un episodio di cefalea?
- Qual è la durata e la frequenza degli episodi di cefalea?
- Ci sono fattori che migliorano o peggiorano la cefalea?

Adattato da Rothner AD.

renza familiare in relazione a fattori genetici predisponenti. Può essere anche utile conoscere quali terapie sono state più utili per il trattamento dell'emicrania all'interno di una famiglia con più soggetti affetti perché tali informazioni possono essere importanti per la cura del nostro paziente. Le notizie relative alle caratteristiche cliniche della cefalea devono essere ottenute dal bambino e confermate dai genitori; nei bambini più piccoli l'osservazione del comportamento da parte dei genitori fornisce informazioni molto utili ai fini del corretto inquadramento diagnostico della cefalea. Si ritiene importante compilare un diario della cefalea non solo per il monitoraggio della frequenza degli episodi ma anche per cercare di identificare eventuali fattori trigger e definire con maggiore precisione il pattern del disturbo; un diario della cefalea deve raccogliere alcuni elementi essenziali (frequenza mensile degli episodi, localizzazione del dolore, intensità del fastidio derivante dalla cefalea, compromissione delle capacità di svolgere le normali attività di vita quotidiana, tipologia del dolore, sintomi associati, sintomi che precedono la cefalea, data di inizio e

fine dell'episodio, tipo di terapia analgesica utilizzata e relativa efficacia, fattori che favoriscono l'esordio della cefalea o fanno peggiorare il fastidio, fattori che riducono o fanno cessare la cefalea); l'intensità del fastidio derivante dalla cefalea andrebbe riportato in base a tre gradi di severità: grado 1 (intensità lieve che non interferisce con lo svolgimento delle normali attività di vita quotidiana), grado 2 (intensità moderata che interferisce con lo svolgimento di alcune attività ma ne consente altre meno impegnative), grado 3 (intensità tanto forte da interferire completamente con lo svolgimento delle normali attività e costringe il soggetto al riposo o al sonno). In base al tipo di esordio e all'andamento clinico è possibile classificare le cefalee all'interno di cinque principali categorie (Figura 1): (1) cefalea acuta, (2) cefalea acuta ricorrente, (3) cefalea cronica progressiva, (4) cefalea cronica non progressiva e (5) cefalea di nuova insorgenza persistente quotidiana. Le cefalee episodiche (forme acute e acute ricorrenti) e croniche non progressive sono frequentemente delle forme primarie anche se forme secondarie vengono descritte all'interno di queste ca-

tegorie. I pazienti con cefalea cronica progressiva necessitano di un iter diagnostico per escludere forme secondarie. Un singolo episodio di cefalea acuta di forte intensità è frequentemente non legato a cause secondarie, ma è necessario in questo caso valutare attentamente l'opportunità di effettuare tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per identificare possibili cause gravemente dannose per la salute del paziente. È possibile ipotizzare l'eziologia di una cefalea in base al pattern di presentazione dei sintomi (Papetti, et al., 2015).

Visita medica

La visita medica deve includere la valutazione dello stato psichico del paziente, la palpazione di capo, volto, collo e spalle con valutazione dei movimenti di flessione/estensione del capo alla ricerca di punti dolorosi o rigidità/contratture, l'analisi dell'articolazione temporo-mandibolare, l'esame obiettivo generale e neurologico, la misurazione della pressione arteriosa e l'esame del fondo oculare (importante perché alterazioni della papilla ottica possono essere segno di ipertensione endocranica) (nel caso quest'ultima valutazione non possa essere fatta nell'immediato sarà necessario richiedere una valutazione oculistica, possibilmente completa) (Tabella 6).

Red Flags

Nei pazienti che effettuano valutazioni mediche per la cefalea diversi indizi clinici sono stati associati a un'alta probabilità di trovarsi di fronte a una forma di cefalea secondaria (es. lesione intracranica occupante spazio ecc.). Gli elementi clinici che, isolati o in associazione, risultano suggestivi di una forma di cefalea secondaria includono per esempio una cefalea che è causa di risveglio dal sonno, l'assenza di una storia familiare per cefalea di tipo emicranico, lo stato confusionale, un'esame neurologico alterato, frequenti episodi di vomito, episodi di cefalea che aumentano progressivamente in frequenza e in intensità, cefalea scatenata dalla manovra di Valsalva, cefalea con localizzazione occipitale del dolore o cefalea di recente insorgenza con episodi di forte intensità ecc. (Tabella 7).

Approfondimenti diagnostici

Indagini neuroradiologiche

Nel caso in cui uno o più elementi clinici pongano il sospetto diagnostico di cefalea secondaria a patologia interessante l'encefalo è opportuno dare indicazione a eseguire neuroimmagine (esame RM encefalo da preferire all'esame TC encefalo in tutte le situazioni non acute, sia per

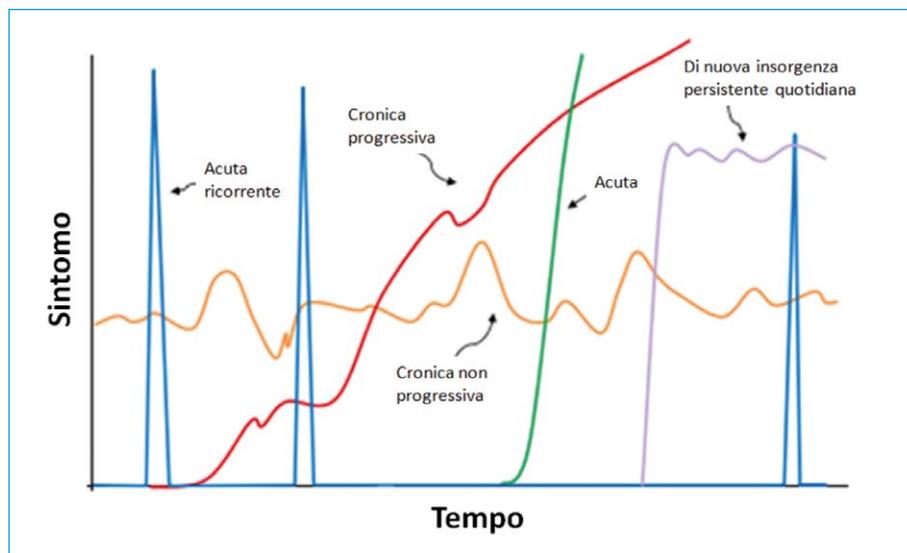


Fig. 1. Fenotipi della cefalea in base al tipo di esordio e all'andamento clinico (modificata da Blume HK, 2012).

TABELLA 6. Importanti aspetti da valutare nella visita medica del bambino con cefalea	
Valutazione	Possibile significato
Aspetto generale	Alterazioni del normale stato di coscienza/vigilanza possono essere indicativi di meningite, encefalite, emorragia intracranica, ipertensione endocranica, encefalopatia ipertensiva.
Parametri vitali	L'ipertensione può causare cefalea o essere una conseguenza dell'ipertensione endocranica. La febbre è suggestiva di infezione (frequentemente un' infezione a livello delle alte vie respiratorie) ma si può verificare anche in corso di emorragia intracranica o neoplasia del sistema nervoso centrale.
Circonferenza cranica	Una macrocefalia può indicare un'ipertensione endocranica lentamente progressiva.
Curve di crescita (peso e altezza)	Curve di crescita alterate/anomale possono essere indicative di una patologia intracranica.
Auscultazione di collo, occhi e testa alla ricerca di rumori	I rumori percepiti all'auscultazione di queste regioni possono essere indicativi della presenza di una malformazione artero-venosa.
Palpazione della testa e del collo	Un dolore localizzato allo scalpo può essere presente nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo. Una tumefazione dello scalpo può essere indicativa di trauma cranico. Un dolore a livello delle regioni dei seni può essere indicativo di sinusite. Un dolore a livello dell'articolazione temporo-mandibolare e/o del massetere può essere indicativo di disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare. La rigidità nucale può essere indicativa di meningite. Un dolore a livello della regione nucale/collo può essere indicativo di un quadro malformativo (es. Sindrome di Arnold-Chiari). Una tiroide ingrandita può essere indicativa di disfunzione tiroidea.
Campo visivo	Alterazioni del campo visivo possono essere indicative di un aumento della pressione endocranica e/o di lesione occupante spazio.
Esame del fondo oculare	Il papilledema può essere indicativo di un aumento della pressione endocranica. L'esame del fondo oculare è normale nelle cefalee primarie.
Otoscopia	Può rilevare un'otite media; un'emotimpano può indicare un trauma.
Orofaringe	Segni di faringite? Alterazioni dentarie o ascessi?
Esame neurologico	Il riscontro di alterazioni all'esame neurologico (soprattutto dello stato di coscienza, dei movimenti oculari, della coordinazione, dei riflessi tendinei profondi e il riscontro di asimmetrie) può essere indicativo di una patologia endocranica ma si può anche verificare nel corso di un attacco emicranico.
Valutazione della cute	È importante rilevare i segni di malattie neurocutanee (es. neurofibromatosi, sclerosi tuberosa ecc. che possono essere associate a neoplasie) o di traumi (es. contusioni, abrasioni).
Rachide	È importante rilevare segni di eventuali disrafismi spinali occulti (es. alterazioni pigmentarie localizzate sulla linea mediana) che possono essere associate con anomalie strutturali (es. malformazione di Arnold-Chiari).

evitare di esporre il paziente a radiazioni nocive sia per la maggiore sensibilità dell'esame RM nel diagnosticare lesioni diverse da emorragie o fratture ossee). L'esame TC encefalo viene utilizzato nel caso in cui non sia disponibile una macchina per RM o se l'indagine neuroradiologica è richiesta in urgenza (es. sospetta emorragia cerebrale acuta, necessità di diagnosticare rapidamente una lesione occupante spazio ecc.). L'esame RM o TC encefalo con mezzo di contrasto dovrebbe essere richiesto nel sospetto clinico di una causa infiammatoria o nel sospetto di danno a livello della barriera emato-encefalica (es. encefalite, meningite, ascesso, tumore ecc.). L'esame RM encefalo diagnostica più facilmente rispetto all'esame TC encefalo lesioni sellari, alterazioni a livello della giunzione cranio-cervicale, lesioni a livello della fossa cranica posteriore, alterazioni della sostanza bianca e anomalie malformative congenite. I bambini piccoli che vanno sottoposti a esame RM encefalo necessitano spesso di sedazione. L'an-

giografia cerebrale con metodiche RM o TC sarebbe indicata nel caso in cui venga identificato un sanguinamento subaracnoideo o parenchimale con esame RM o TC encefalo o con una puntura lombare. I criteri dell'American Academy of Neurology (AAN) relativi all'opportunità di effettuare un esame di neuroimaging nel bambino con cefalea definiscono che: 1) nel bambino con episodi di cefalea ricorrente e con una normale obiettività neurologica non è indicato richiedere in maniera routinaria un esame di neuroimaging; 2) un esame di neuroimaging dovrebbe essere considerato nei bambini affetti da cefalea con riscontro di alterazioni all'esame neurologico e/o coesistenza di crisi epilettiche; 3) un esame di neuroimaging dovrebbe essere considerato nei bambini nei quali le caratteristiche cliniche risultano suggestive di una cefalea a recente insorgenza con elevata intensità del dolore/fastidio, di una cefalea che si modifica nella tipologia o nel caso in cui ci siano caratteristiche associate che facciano ipotizzare

una patologia neurologica (Lewis DW, et al. 2002).

Esami di laboratorio

Gli esami di laboratorio risultano raramente utili nella valutazione del bambino con cefalea e si utilizzano prevalentemente per identificare alcune cause di cefalea secondaria. I parametri dell'American Academy of Neurology definiscono che non ci sono dati che supportino l'evidenza dell'utilità di effettuare routinariamente esami ematochimici o puntura lombare nella valutazione del bambino con cefalea ricorrente (Lewis DW, et al. 2002).

- **Puntura lombare** – La puntura lombare viene eseguita nel sospetto diagnostico di infezione intracranica, emorragia subaracnoidea o di ipertensione endocranica idiopatica (pseudotumor cerebri). L'indagine neuroradiologica viene generalmente effettuata prima della puntura lombare in quanto quest'ultima è controindicata nei pazienti che presentano lesione cerebrale occupante spazio; tuttavia nei

TABELLA 7. Caratteristiche cliniche del bambino e nell'adolescente con cefalea che possono essere indicative di patologia che può mettere potenzialmente a rischio la vita del paziente (Red Flags)

CARATTERISTICHE DELLA CEFALEA
<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea che sveglia il bambino dal sonno o che si verifica frequentemente dopo il risveglio del mattino. - Episodi di cefalea di breve durata con caratteristiche parossistiche; es. cefalea a rombo di tuono (rara nel bambino). - Segni e sintomi neurologici associati (es. nausea/vomito persistenti, papilledema, alterazione dello stato di coscienza, atassia, asimmetrie ecc.). - Cefalea che peggiora in posizione sdraiata o con la tosse/starnuti, l'urinare, la defecazione o l'attività fisica/sforzi. - Assenza di aura. - Nuovo tipo di cefalea o pattern di cefalea cronica progressiva. - Cambiamento nel tipo, intensità, frequenza e pattern della cefalea. - Cefalea con localizzazione occipitale del dolore. - Episodi di cefalea con dolore localizzato ricorrenti. - Mancanza di risposta alla terapia medica. - Improvviso esordio di cefalea molto intensa (durata < a 6 mesi).
STORIA CLINICA DEL PAZIENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Storia clinica inadeguata (scarsa descrizione del tipo di cefalea e delle relative caratteristiche). - Fattori di rischio per patologia intracranica (es. anemia falciforme, immunodeficienza, tumore o storia di neoplasia, coagulopatia, patologie cardiache con shunt intracardiaco destro/sinistro, trauma cranico, idrocefalo o derivazione ventricolare, neurofibromatosi tipo 1, sclerosi tuberosa o altra condizione geneticamente determinata). - Età < 6 anni. - Cambiamenti nella personalità. - Deterioramento delle abilità scolastiche. - Sintomi associati a livello del collo o del rachide. - Sintomi di malattie sistemiche (es. perdita di peso, sudorazione notturna, febbre, dolori articolari ecc.)
STORIA FAMILIARE
<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di storia familiare per emicrania.
DATI DERIVANTI DALLA VALUTAZIONE DEL BAMBINO
<ul style="list-style-type: none"> - Bambino non collaborante (impossibilità a completare l'esame obiettivo generale e neurologico). - Esame neurologico alterato (es. atassia, debolezza, diplopia, movimenti oculari anomali, altri segni focali ecc.). - Papilledema o emorragie retiniche. - Anomalie di accrescimento (aumento della circonferenza cranica, bassa statura o decelerazione lineare della curva di crescita, progressione puberale anormale, obesità). - Rigidità nucale. - Segni di trauma. - Suoni vascolari anomali a livello cranico. - Alterazioni cutanee suggestive di sindrome neurocutanea (es. neurofibromatosi, sclerosi tuberosa).

pazienti con sospetto diagnostico di meningite batterica bisogna tenere in considerazione il rischio di rimandare tale procedura in attesa di effettuare una neuroimmagine per il tempestivo inizio della terapia antibiotica. Nei pazienti nei quali viene sospettata un'ipertensione endocranica idiopatica è necessario rassicurare il bambino più grande/adolescente prima e durante la puntura lombare e sedare opportunamente il bambino più piccolo prima della procedura in quanto una condizione del paziente non adeguata (es. Valsalva, sforzo, pianto ecc.) altera in maniera artefattuale la pressione liquorale di apertura e non consente una corretta misurazione della stessa.

• **Altri esami:**

- **emocromo con formula con VES e PCR** (nel caso in cui venga sospettata un'infezione, una vasculite o una neoplasia);
- **analisi tossicologiche su siero e urine** (nel caso in cui venga sospettata un'intossicazione);

- **test di funzionalità tiroidea** (nel caso in cui si sospetti una disfunzione della tiroide);
- **elettroencefalogramma (EEG)**: non è un esame raccomandato nella valutazione routinaria del paziente con cefalea e tipicamente non ha alcun ruolo diagnostico in questo contesto.

Trattamento delle cefalee primarie

Il trattamento della cefalea dipende dal tipo di cefalea e quindi dalla causa della cefalea stessa e dal tipo di andamento. Una volta escluse le forme di cefalea secondaria, la cui terapia è strettamente dipendente dal trattamento della problematica di cui la cefalea è sintomo, è possibile concentrarsi sulle strategie di trattamento utilizzate per le forme di cefalea primaria. Si distingue il trattamento in acuto dei singoli episodi di cefalea e il trattamento a lungo termine di un disturbo cefalalgico. Mentre la terapia in acuto ha la finalità di trattare in maniera rapi-

da il dolore e i possibili sintomi associati per permettere al soggetto la rapida ripresa dello svolgimento delle normali attività di vita quotidiana, lo scopo del trattamento a lungo termine consiste nel ridurre la frequenza, l'intensità e la durata degli episodi di cefalea e del conseguente fastidio per il paziente, nel ridurre l'utilizzo di terapie inefficaci e scarsamente tollerate e nel limitare lo stress e i sintomi psicologici correlati a tale disturbo. Non essendoci una precisa definizione relativa alla frequenza e alla durata degli episodi di cefalea in base a cui stabilire l'inizio di una terapia profilattica si ritiene meritevole di trattamento preventivo ogni paziente con episodi di cefalea tanto frequenti, prolungati e disabilitanti da essere scarsamente responsivi alla terapia in acuto e da essere a rischio di sviluppare una cefalea da eccessivo utilizzo di farmaci. Bisogna ricordare che, per la profilassi della cefalea, i trattamenti non farmacologici sono raccomandati come interventi di prima scelta (Bendtsen L, et

al. 2012; Gèraud G, et al. 2004; Evers S, et al. 2008).

Modifiche dello stile di vita – Diversi approcci non farmacologici vengono utilizzati come trattamento complementare e integrativo in diverse forme di cefalea nel bambino e nell'adolescente. Tutti i pazienti dovrebbero essere istruiti sui meccanismi d'azione che determinano la cefalea ed essere rassicurati quando non c'è il sospetto clinico di una patologia sottostante che possa mettere a rischio la vita del soggetto. L'adozione di uno stile di vita salutare dovrebbe essere al centro di ogni piano di trattamento con particolare attenzione all'importanza di una corretta alimentazione, di un'adeguata idratazione, all'evitamento dei potenziali fattori scatenanti (es. eccessivo utilizzo di caffeina, saltare i pasti ecc.), a una buona igiene del sonno e a un'equilibrata attività fisica (Tabella 8). Il mettere in atto queste semplici abitudini salutari è spesso un trattamento efficace della cefalea ed evita l'utilizzo di terapie farmacologiche non necessarie.

Strategie comportamentali

Molti pazienti con cefalea, soprattutto quelli affetti da forme ad andamento cronico, presentano un significativo peggioramento in termini di aumento della frequenza e/o intensità degli episodi durante i periodi di stress cognitivo ed emozionale. Questi pazienti che presentano un peggioramento della cefalea in condizioni di stress possono beneficiare in maniera significativa della terapia comportamentale. Le terapie comportamentali vengono effettuate tramite uno specialista con formazione in medicina del dolore, generalmente uno psicologo, con esperienza in biofeedback, terapia cognitivo-comportamentale (CBT) incentrata su trattamento del dolore e tecniche di rilassamento. Attraverso l'apprendimento delle tecniche di biofeedback e CBT, i pazienti possono essere in grado di autosomministrarsi i trattamenti e avere così uno strumento in più per la gestione o la prevenzione degli at-

tacchi di cefalea. Altre strategie possono essere insegnate sia ai bambini che ai loro genitori e sono finalizzate a ridurre l'ansia, lo stress e gli aspetti disabilitanti legati a questo tipo di disturbo (Holroyd KA, et al. 2006; Andrasik F, et al. 2018).

Trattamento farmacologico

La scelta dei farmaci da utilizzare nelle forme di cefalea primaria in età pediatrica dipende dal tipo di cefalea e dalla frequenza degli episodi ed è condizionata dalla limitatezza degli studi condotti finora in questo gruppo di pazienti. L'elevata risposta al placebo e le ancora incerte conoscenze sulla farmacodinamica e gli effetti a lungo termine dei diversi prodotti utilizzati in età evolutiva accentuano le problematiche medico-legali correlate all'uso spesso "off-label" di molti farmaci, specie nella profilassi. Un recente studio multicentrico retrospettivo condotto attraverso la collaborazione di 13 centri italiani specializzati nella diagnosi e trattamento della cefalea in età evolutiva fornisce dati interessanti relativi all'efficacia e alla tollerabilità delle terapie farmacologiche e non farmacologiche utilizzate per il trattamento della cefalea primaria nei bambini e negli adolescenti. In questo lavoro vengono inoltre esaminate le terapie raccomandate, estratte dalle linee guida e reviews sistematiche, per il trattamento in acuto e preventivo dell'emicrania in età pediatrica e i trattamenti farmacologici più comunemente utilizzati nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo in età evolutiva (Toldo I, et al. 2017). Si ritiene auspicabile che studi prospettici multicentrici basati su un più ampio numero di pazienti possano fornire dati più precisi su sicurezza ed efficacia delle terapie farmacologiche delle cefalee in età evolutiva.

- **Emicrania.** Il trattamento degli attacchi acuti di emicrania in età pediatrica è basato principalmente sull'utilizzo del paracetamolo e dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) e in particolare dell'ibuprofene. Il sumatriptan spray nasale è indicato per il trattamento dell'attacco acuto di emi-

crania negli adolescenti a partire dai 12 anni di età. Il trattamento farmacologico con antiemetici è utilizzabile per gli attacchi caratterizzati da nausea intensa e/o vomito. Rispetto alla terapia preventiva le raccomandazioni per il trattamento nei bambini e negli adolescenti sono abbastanza eterogenee eccetto che per la flunarizina che è riconosciuta come terapia profilattica di prima scelta e autorizzata in Italia per i pazienti con più di 18 anni. In Italia l'unico farmaco approvato per la profilassi dell'emicrania in età pediatrica è il pizotifene, utilizzabile dall'età di 2 anni. Molte linee guida e reviews sistematiche raccomandano un approccio di trattamento che utilizzi in modo integrato strategie non farmacologiche (corretta alimentazione/idratazione, attività fisica, gestione dello stress, tecniche di rilassamento ecc.), terapia farmacologica per la gestione in acuto degli attacchi (da assumere al più presto dopo l'inizio del dolore) e trattamenti farmacologici a funzione profilattica.

- **Cefalea di tipo tensivo.** Il trattamento degli attacchi acuti e non frequenti di cefalea di tipo tensivo in età pediatrica è basato sull'utilizzo del paracetamolo o dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) (questi ultimi sono più comunemente utilizzati in età adulta per la carenza di studi e informazioni sull'utilizzo di tali sostanze a lungo termine in età pediatrica e anche perché l'utilizzo di molti FANS in Italia è autorizzato sopra i 12 anni). Alcuni studi che includevano pazienti in età pediatrica con diagnosi di cefalea di tipo tensivo hanno dimostrato, per il trattamento dei singoli episodi, un'efficacia significativamente più alta dell'ibuprofene rispetto a paracetamolo e placebo (Manzano S, et al. 2010; Packman B, et al. 2000). Per quanto riguarda il trattamento degli episodi frequenti di cefalea di tipo tensivo o di una cefalea di tipo tensivo cronica i dati che supportano l'efficacia della profilassi sono limitati; in aggiunta, l'interpretazione dei risultati degli studi disponibili è complicata dal fatto che i bambini con questo tipo di cefalea hanno un'alta risposta al trattamento con placebo (Lewis DW, et al. 2005). L'utilizzo di alcuni farmaci in età pediatrica come trattamento di prevenzione della cefalea di tipo tensivo (es. amitriptilina, gabapentin, topiramato) viene supportato da studi fatti su pazienti adulti ma sono necessari trial clinici controllati per avere dati più affidabili sulla sicurezza ed efficacia a lungo termine di tali sostanze in età evolutiva.

TABELLA 8. SMART: modifiche allo stile di vita per prevenire e ridurre la cefalea	
Sonno	Dormire sufficientemente e in modo appropriato.
Mangiare	Assumere regolarmente cibi salutari e introdurre adeguate quantità di liquidi.
Attività fisica	L'attività fisica deve essere regolare ed appropriata, né in eccesso e né in difetto.
Relax	Trovare strategie per la gestione dello stress e adottare tecniche di rilassamento.
Evitamento fattori Trigger	Riconoscere, evitare e gestire le situazioni che possono causare cefalea.

Modificato da Blume HK, 2012.

Trattamento con integratori/nutraceutici

Sebbene ci siano solo un numero limitato di trials controllati relativi all'utilizzo degli integratori/nutraceutici in età pediatrica si può sostenere sulla base di alcuni studi che l'utilizzo di queste sostanze possa avere un effetto benefico al fronte di pochi effetti indesiderati (Powers SW, et al. 2017; Condò M, et al. 2009, Orr Serena L, et al. 2014). Gli integratori/nutraceutici comunemente utilizzati contengono isolati o in varie combinazioni vitamina D, riboflavina, coenzima Q10, magnesio, estratto di farfaraccio (*Petasites officinalis*), acidi grassi polinsaturi e melatonina. A causa del limitato numero e della bassa qualità degli studi relativi all'efficacia di tali sostanze non è al momento possibile trarre conclusioni definitive in merito (Orr Serena L 2018).

Terapie alternative nel trattamento della cefalea

L'utilizzo delle terapie alternative nel trattamento della cefalea è divenuto negli ultimi anni una pratica frequente, sia in associazione alla terapia farmacologica sia indipendentemente da essa. L'agopuntura, l'approccio dietetico-nutrizionale, le pratiche omeopatiche, la fitoterapia e le terapie fisiche sono le più comuni forme di terapia alternativa utilizzate per il trattamento della cefalea. Risulta opportuno che il medico specialista che valuta e cura pazienti affet-

ti da cefalea accresca le proprie conoscenze in merito alle terapie alternative per avere le competenze necessarie a indirizzare i pazienti verso terapie sicure, economiche e potenzialmente efficaci e preservarli così da trattamenti inutili, dispendiosi o pericolosi.

La presa in carico del bambino e dell'adolescente con cefalea primaria

Un principio fondamentale nell'approccio al bambino e all'adolescente con cefalea così come con altre patologie è tenere sempre presente di trovarsi di fronte a un individuo con una dimensione somatica, cognitiva ed emotivo-relazionale e non a un organo malato. Nessun giudizio andrebbe espresso e nessun intervento andrebbe fatto se non dopo un'attenta valutazione dell'individuo nella sua globalità e del contesto sociale in cui vive. La presa in carico di un bambino o di un adolescente che soffre di cefalea richiede una competenza specialistica che non può esulare dalla conoscenza dello sviluppo neuropsichico in età evolutiva. Per valutare e cercare di curare un paziente con cefalea occorre tempo e una buona e autentica disponibilità empatica nei suoi confronti e dei suoi familiari. Una volta completata la valutazione finalizzata a comprendere la natura della cefalea e una volta condivisa la spiegazione di quelli che si ipotizzano essere i fattori eziopatogenetici del disturbo è importante confrontarsi

con il paziente e con i genitori sulle strategie di trattamento possibili e attuabili. La complicità terapeutica del bambino o dell'adolescente e dei suoi genitori nei confronti del medico che cerca di essere una guida nel percorso di trattamento è di fondamentale importanza per l'inizio e la prosecuzione di una proficua presa in carico.

Conclusioni

Le cefalee rappresentano un disturbo molto frequente in età pediatrica. Il corretto orientamento diagnostico nell'ambito delle diverse forme di cefalea è presupposto indispensabile per l'ottimale gestione del paziente che soffre di questo disturbo. La conoscenza delle *red flags* e delle possibili cause di cefalea secondaria consente al medico di decidere se e in che tempi programmare tutti gli esami/valutazioni ritenuti necessari e di evitare le indagini inutili. Il trattamento del paziente con cefalea deve essere adattato alle caratteristiche del soggetto e condiviso con il bambino/adolescente e i suoi genitori. La presa in carico del soggetto trova nell'alleanza terapeutica con il medico un presupposto fondamentale per affrontare in modo proficuo il percorso di trattamento.

✉ giovanni.tricomi@auslromagna.it

[La bibliografia è consultabile online](#)



Le infezioni prevenibili con le vaccinazioni sono un rischio concreto per i bambini trapiantati

Per valutare l'impatto che le infezioni prevenibili con la vaccinazione (IPV) hanno nella popolazione dei bambini con trapianto d'organo solido, ricercatori dell'Università del Colorado (USA) hanno interrogato retrospettivamente una banca dati nazionale (*Pediatric Health Information System*) alla quale afferiscono le informazioni relative ai ricoveri di oltre 6 milioni di bambini in 45 ospedali statunitensi di terzo livello (*JAMA Pediatr* 2019;17:260-8). Gli obiettivi erano: 1) accertare il numero dei ricoveri per IPV nell'arco dei 5 anni successivi al trapianto d'organo solido; 2) valutare morbilità, mortalità e impatto economico delle relative ospedalizzazioni; 3) indagare i fattori demografici e clinici in grado di influire sui ricoveri per IPV in questa popolazione di bambini. È stato deciso di includere tra le IPV anche le ospedalizzazioni da virus respiratorio sinciziale (VRS) per il quale non è disponibile un vaccino, ma è attuabile una strategia preventiva con anticorpi monoclonali (palivizumab). Sono stati individuati 6980 bambini di età inferiore a 18 anni, trapiantati dal 2004 al 2011 (rene 37%, fegato 30%, cuore 24,2%, polmone 4,1%, multiviscerale 3,3%, intestino 1,3%) e con un follow-up disponibile di 5 anni. In questo arco di tempo il 15,6% dei pazienti trapiantati sono stati ricoverati per un'infezione da IPV/VRS: influenza (7,2%), rotavirus (3,7%), varicella (2,1%), pneumococco (2%) e VRS (1,8%). La mortalità complessiva è stata pari all'1,7%, l'8% è stato sottoposto a ventilazione meccanica e il 17% ha richiesto il ricovero in un reparto di terapia intensiva. Ogni trapianto che ha richiesto ricovero per IPV/VRS si è tradotto in una maggiore spesa pari a circa \$120.000 (mediana) e in una ospedalizzazione significativamente più prolungata (55 vs 16 giorni). L'età inferiore a 2 anni al momento del trapianto, il trapianto di intestino, multiviscerale, di polmone e di cuore sono stati associati ad un aumentato rischio di ospedalizzazione da IPV/VRS. Il rischio di ospedalizzazione per IPV in questi bambini è molto elevato se paragonato alla popolazione generale: oltre 6 volte per il VRS con un rischio di morte di almeno 50 volte superiore; per l'influenza il rischio di ricovero è di 50 volte superiore con una mortalità di almeno 4 volte maggiore; la mortalità per infezione da pneumococco e da rotavirus aumenta rispettivamente di 17 e 23 volte. Interessante, infine, la possibilità di utilizzare vaccini vivi (MMR e varicella) in bambini trapiantati con un basso livello di immunosoppressione. La Società Americana di Malattie Infettive (*Clin Infect Dis* 2014;58:e44-e100) e una recente *survey* tra gli epatologi pediatri (*Pediatr Transplant* 2016;20:1038-44) lasciano intendere che vaccinare un bambino trapiantato, a determinate condizioni di immunosoppressione, può essere una decisione utile e percorribile.

Enrico Valletta

“Mi fa male la testa!”



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

*Pediatria di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli); **Pediatria di famiglia, Sant'Ilario D'Enza (Reggio Emilia);

***UO di Pediatria e Consultorio familiare, Cesena, AUSL della Romagna

Anche i grandi a scuola vanno tutti i giorni di tutto l'anno. Una scuola senza banchi, senza grembiuli né focchi bianchi. E che problemi, quei poveretti, a risolvere sono costretti: “In questo stipendio fateci stare vitto, alloggio e un po' di mare”. La lezione è un vero guaio: “Studiare il conto del calzolaio”. Che mal di testa il compito in classe: “C'è l'esattore delle tasse!”
Gianni Rodari, *La scuola dei Grandi*

Il mal di testa o cefalea è un sintomo molto frequente non solo negli adulti, ma anche nei bambini. Nei bambini e negli adolescenti la cefalea è spesso sintomo di altre situazioni mediche o su base emotiva. Il raffreddore comune, per esempio, può causare il mal di testa. Anche una situazione di stress, preoccupazione, mancanza di sonno possono essere causa di mal di testa.

Ci sono tipi diversi di cefalee che si presentano in maniera ricorrente.

Le cefalee tensive: vengono descritte dai bambini più grandi come una sensazione di peso intorno alla testa.

Le emicranie: vengono descritte dai bambini come dei “colpi in testa”. Questo tipo di cefalee possono presentarsi anche con sintomi non collegati alla testa, come nausea, dolore al pancino, o un'aura. L'aura è una specie di “visione”, ossia il bambino può avere dei disturbi visivi come vedere luci lampeggianti, oppure sfuocato, spesso l'aura compare prima del dolore alla testa.

Le cefalee croniche: sono forme di cefalea che si presentano frequentemente, a volte ogni giorno o per più di 15 giorni ogni mese.

I bambini molto piccoli spesso non riescono a riferire il punto preciso del dolore alla testa, ma possono esprimere il dolore con difficoltà di addormentamento, irritabilità e pianto.

Come si cura la cefalea?

Per molte cefalee il riposo o il ricorso, se necessario, e sempre su consiglio del pediatra, ad alcuni farmaci, sono di aiuto. Tuttavia è preferibile non assumere farma-

ci di propria iniziativa per ridurre il dolore. Il consiglio del pediatra è importante per scegliere il farmaco migliore come efficacia e sicurezza. Spesso il pediatra può suggerire l'uso di un piccolo diario del mal di testa per capire con maggiore precisione la frequenza degli episodi, se si ricorre all'uso di farmaci, se questi sono stati efficaci nel ridurre il dolore.

La maggior parte delle cefalee non sono gravi, si risolvono in tempi brevi e si possono curare tranquillamente a casa. Se il bambino soffre di emicrania può essere utile capire se ci sono eventi che aiutano a scatenare la crisi di dolore, come alcuni cibi, lo stress, o altri fattori. Spesso l'emicrania ha una familiarità.

Le emicranie possono avere dei segnali che indicano l'arrivo di un attacco: in questi casi il riposo in una stanza senza rumori e luci può essere di aiuto nel prevenire il dolore, allo stesso modo i massaggi e i bagni caldi possono aiutare. Spesso la semplice rassicurazione del pediatra aiuta il bambino a superare l'attacco di dolore.

Non essere tentati dai farmaci da banco, cioè quelle medicine che si vendono in farmacia senza bisogno della ricetta del pediatra. È bene non ricorrere a questi farmaci senza prescrizione se non in casi “estremamente necessari”; in queste situazioni è bene leggere la scheda della medicina e fare molta attenzione al dosaggio che andrebbe sempre verificato con il proprio pediatra.

Esistono anche delle forme di cefalee legate a un uso eccessivo di farmaci per curare la cefalea. Questo può succedere quando si usano frequentemente le medicine e si diventa in qualche modo “dipendenti” dal farmaco. È bene tenere conto di quante volte viene somministrato il farmaco durante la settimana.

Il diario del mal di testa

Alcuni consigli su come compilare un piccolo diario del mal di testa:

- segnare l'ora, la data di comparsa e la durata;
- descrivere la sede del dolore;
- descrivere il tipo di dolore (es. un peso, un chiodo, qualcosa che batte);

- descrivere lo stato di sofferenza generale;
- segnalare altri sintomi (es. vomito, lacrimazione, disturbi al movimento);
- cosa è stato di aiuto nel ridurre il dolore?
- cosa ha fatto aumentare il dolore?
- qualcosa è successo in quella giornata (un test a scuola, una febbre, un cibo particolare, una notte insonne...)?

Sono necessari esami, radiografie?

Gli esami del sangue non sono necessari per diagnosticare una cefalea. In alcuni casi, in situazioni non frequenti, il pediatra potrebbe suggerire un esame strumentale come una TAC o Risonanza, o altri esami di approfondimento.

E le terapie alternative?

Alcune volte per trattare il dolore si ricorre a terapie alternative a quelle farmacologiche. È importante anche in questi casi coinvolgere sempre il pediatra, sia nella scelta che nella valutazione della risposta del bambino al trattamento. L'utilizzo di queste terapie alternative è diventato frequente sia insieme ai farmaci sia indipendentemente dall'utilizzo degli stessi.

È necessario sottolineare come sia importante confrontarsi sempre con il proprio pediatra per essere indirizzati verso terapie sicure, economiche e potenzialmente efficaci, per evitare trattamenti inutili, a costi elevati o in alcuni casi pericolosi. Il consiglio è di non praticare tali terapie senza aver consultato uno specialista.

Alcuni esempi di terapie alternative:

- il massaggio a volte può aiutare a ridurre il dolore specie nel mal di testa cronico, ricorrente; il massaggio viene spesso consigliato in associazione a uno stile di vita sano sia come alimentazione che come attività fisica, igiene del sonno e gestione dello stress, cercando di riconoscere ed evitare le situazioni che possono provocare la cefalea;
- il biofeedback: è un metodo usato per le emicranie e agisce misurando le funzioni del proprio corpo in modo che il bambino possa imparare a controllarle.

✉ doc.manetti@gmail.com



La gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso: survey negli ospedali italiani

Franca Benini*, Emanuele Castagno**, Gregorio Paolo Milani***

*Centro di Riferimento Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, Università di Padova

**SC Pediatria d'Urgenza, Ospedale Infantile Regina Margherita; AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

***Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

Background: il dolore è un sintomo frequente in età pediatrica, soprattutto nel setting dell'emergenza/urgenza e nonostante ciò la gestione del sintomo nella pratica clinica è ancora inadeguata.

Obiettivi: fornire una valutazione aggiornata dello stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali italiani.

Materiali e metodi: sono stati coinvolti 46 pronto soccorso italiani aderenti al Gruppo di Studio PIPER ("Pain In Pediatric Emergency Room"). A questi centri è stato inviato un questionario relativo alle modalità di gestione del dolore nei bambini in pronto soccorso. Le informazioni raccolte erano relative a: caratteristiche e organizzazione del pronto soccorso, frequenza e modalità di valutazione e misurazione del dolore, presenza di protocolli scritti per la gestione farmacologica e non del dolore, aderenza e messa in atto delle strategie e Best Practice elaborate dal GdS PIPER. Sui dati raccolti è stata eseguita un'analisi descrittiva.

Risultati: tutti i centri PIPER hanno accettato di partecipare. I centri coinvolti hanno avuto globalmente nel periodo considerato più di 900.000 accessi in pronto soccorso. Il 74% dei centri misura il dolore in triage (infermiere) e di questi l'80% registra il dato algometrico raccolto in cartella clinica, dato che nei 2/3 dei casi è un sintomo sufficiente per assegnare un codice al triage.

Il 56% dei medici misura sempre il dolore al momento della prima visita in pronto soccorso e il 28% lo rivaluta anche successivamente per misurare l'efficacia della terapia impostata. L'adesione a PIPER ha comportato nell'80% dei centri un cambiamento significativo nel corretto utilizzo dei farmaci antidolorifici e una maggiore sensibilità alla tematica e attitudine alla gestione del dolore.

Nell'89% dei centri si è dato avvio a percorsi formativi sul tema, nel 59% alla proposta e sviluppo di protocolli di gestione e nel 72% all'introduzione di nuovi strumenti per la misurazione del dolore.

Conclusioni: la corretta gestione del dolore nel bambino nel setting dell'emergenza/urgenza rappresenta oggi un obiettivo ancora da raggiungere. Lo studio di nuove modalità organizzative, la formazione rivolta al personale sanitario, l'informazione rivolta all'utenza e la ricerca, rappresentano gli strumenti adeguati per determinare il cambiamento reale nella gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso. Da una prima valutazione quanto il GdS PIPER ha proposto e realizzato in questi anni di attività, ha un ruolo importante nell'implementazione di questo cambiamento.

Background: pain is a frequent symptom in pediatric age, especially in the emergency/urgency setting, despite this, the management of the symptom in clinical practice is still inadequate.

Objectives: to provide an updated assessment of the state of the art of pediatric pain management in the emergency rooms of Italian hospitals.

Materials and methods: 46 Italian emergency departments participating in the PIPER Study Group ("Pain In Pediatric Emergency Room") were involved. A questionnaire was sent to these centers pain management in children in the emergency room. The information collected related to: characteristics and organization of first aid, frequency and methods of pain assessment and measurement, presence of written protocols for both pharmacological and non pharmacological pain management, adherence and implementation of strategies and Best Practices elaborated by the GdS PIPER. A descriptive analysis was performed on the data collected.

Results: all PIPER centers agreed to participate. The centers involved had more than 900,000 accesses to the emergency room in the period in question. 74% of the centers measure pain in triage (nurse) and of these 80% record the algometric data collected in clinical records, given that in 2/3 of the cases it is a sufficient symptom to assign a code to the triage. 56% of the doctors always measure the pain at the time of the first visit to the emergency room and 28% also re-evaluate it later to measure the effectiveness of therapy. The adhesion to PIPER resulted in a significant change in 80% of centers in the correct use of anti-pain medication and greater sensitivity to the issue and aptitude for pain management. In 89% of the centers training courses were launched, in 59% the proposal and development of management protocols and in 72% the introduction of new tools for measuring pain were accepted.

Conclusions: the correct management of pain in children in the emergency/urgency setting represents a goal that is still to be achieved.

The study of new methods, the training for health personnel, information for users and research, are all appropriate tools to determine the real change in pain management in the child in the emergency room. From an initial assessment of how much the GdS PIPER has proposed and implemented in these years of activity, it is evident that it has an important role in the implementation of this change.

Introduzione

Nell'ambito dell'emergenza pediatrica, il dolore è un sintomo frequente che, indipendentemente dalla patologia e dall'età del bambi-

no, mina in maniera importante l'integrità fisica e psichica del paziente e preoccupa i suoi familiari con un notevole impatto sulla qualità della vita e sul percepito dell'assistenza [1].

Il 60% dei bambini che giungono in pronto soccorso (PS) presenta dolore come sintomo prioritario o di accompagnamento [2]. Tuttavia tale sintomo può non esse-

re preso in carico in maniera adeguata e, quando questo avviene, peggiora la qualità della vita dei bambini e spesso incrina le relazioni tra familiari e operatori [3].

Negli ultimi anni la letteratura si è arricchita di molti lavori e ricerche sulla gestione del dolore pediatrico in PS. A livello clinico infatti progressi importanti sono stati fatti sia nella valutazione/misurazione del dolore nelle diverse età e nelle diverse situazioni cliniche, che nella definizione di un adeguato approccio terapeutico (farmacologico e non) [4,5].

Si può quindi confermare che attualmente le conoscenze raggiunte e gli strumenti a disposizione sono tali e tanti da poter assicurare la possibilità di un corretto ed efficace approccio antalgico (valutazione-misurazione e terapia) nella maggior parte delle situazioni [6].

Tuttavia, è ancora limitata l'attenzione degli operatori sanitari al problema e, nonostante la disponibilità di strumenti efficaci e la possibilità concreta di dare risposte adeguate, moltissime sono tuttora le conferme da varie parti del mondo che evidenziano come la gestione del dolore pediatrico in PS sia lontana dalle reali possibilità d'intervento [7-11]. Obiettivo di questo lavoro è fornire un aggiornamento sullo stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei PS italiani, analizzando, attraverso la somministrazione di un questionario, il livello e la qualità di assessment e di approccio terapeutico.

Materiali e metodi

Il gruppo di studio PIPER raccoglie dal 2009 esperti dei PS Italiani (46 nel 2016) con l'obiettivo di condividere una progettualità concreta per un cambiamento attuabile nella gestione del dolore nel bambino nei pronto soccorso italiani. La

progettualità messa in atto ha riguardato ambiti diversi quali la formazione, l'informazione, la messa a disposizione di strumenti e best practices condivise nonché la ricerca [7-10]. Per la realizzazione di questo studio, tutti e 46 i PS italiani appartenenti al gruppo di PIPER sono stati invitati durante la riunione annuale del 2016. Durante tale riunione sono stati presentati gli obiettivi e la struttura di una survey relativa alla valutazione dello stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei PS italiani. I centri sono stati poi ricontattati via email ed è stata raccolta la formale adesione allo studio. Fatto ciò è stato quindi spedito un questionario che indagava:

- 1 aspetti generali relativi dell'ospedale di appartenenza e al PS;
- 2 numerosità di ingressi pediatrici relativi all'anno 2016;
- 3 informazioni relative alla policy seguita relativamente alla valutazione-misurazione e terapia del dolore sia per gli infermieri che per i medici;
- 4 aspetti relativi alla frequenza della misurazione del dolore (mai – qualche volta – sempre) nonché gli strumenti utilizzati;
- 5 presenza di protocolli scritti di terapia antalgica farmacologica e non farmacologica;
- 6 anno di adesione a PIPER e strategie PIPER adottate.

Sui dati raccolti è stata eseguita un'analisi descrittiva.

Risultati

Tutti e 46 i centri a cui è stato proposto lo studio hanno aderito. I centri coinvolti sono su tutto il territorio italiano (Tabella 1) e hanno differenti strutture: dispongono di un pronto soccorso all'interno di un ospedale pediatrico, di un pronto soccorso

pediatrico all'interno di un ospedale generalista oppure hanno dei consulenti pediatrici all'interno di un pronto soccorso generale (Figura 1). Tutti i centri coinvolti dispongono inoltre di un triage attivo 24 ore su 24 e 36 (78%) di questi eseguono un triage globale (first look, anamnesi, esame obiettivo con parametri vitali) del paziente all'arrivo in pronto soccorso. Nell'anno preso in considerazione (2016), i centri coinvolti hanno accolto in PS un totale di 903.866 pazienti (di cui il 93% con un'età ≤ 14 anni).

TABELLA 1. Distribuzione sul territorio italiano dei centri aderenti a PIPER

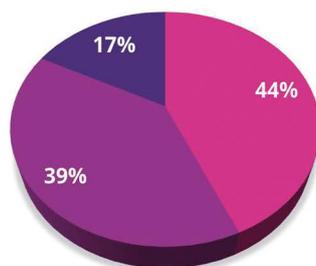
	Numero di centri (%)
Nord	30 (65)
Centro	8 (17)
Sud	5 (11)
Isole	3 (7)

Dalle risposte alla survey emerge che al triage il dolore viene misurato "sempre" in 34 dei 46 centri (74%) "mai" in 2 centri (4,3%), "qualche volta" (soprattutto in caso di dolore evidente o patologie selezionate) in 10 centri (21,7%), (Figura 2, sinistra). In 38 centri (82,7%) la misurazione del dolore viene eseguita utilizzando scale algometriche validate. In 32 centri si usano routinariamente tre scale algometriche diverse specifiche delle diverse età pediatriche e in 5 di questi si usa una quarta scala validata per la misurazione del dolore nei pazienti con problemi cognitivi/motori. Nell'80% dei centri il dato algometrico raccolto viene registrato in cartella clinica e nei 2/3 dei centri l'intensità del dolore è un criterio sufficiente per l'attribuzione del codice al triage.

Nei centri coinvolti sono a disposizione protocolli infermieristici per l'uso di scale algometriche (65%), per la gestione farmacologica (54%) e per il trattamento non farmacologico del dolore (46%). L'infermiere può somministrare in caso di dolore paracetamolo nel 50% dei centri, ibuprofene nel 30% dei centri e crema e gel anestetici nel 22,5% dei centri.

La terapia non farmacologica utilizzata comprende il racconto di storie in 16 centri, video/giochi elettronici in 18, musica in 10 centri, bolle di sapone in 22 centri, tecniche di respirazione in 10, tecniche di desensibilizzazione in 8, crioanalgesia in 4 centri. Nel 35% dei centri l'infermiere non può invece somministrare alcuna terapia antidolorifica. Quasi un infermiere su 10 non ha mai ricevuto una formazione sulla gestione del dolore, mentre più del 50% ha

STRUTTURA DEI PS ITALIANI COINVOLTI NELLO STUDIO



- Pronto soccorso all'interno di un ospedale pediatrico
- Pronto soccorso all'interno di un ospedale generalista
- Consulente pediatrico all'interno di un pronto soccorso generalista

Figura 1. Tipologie di struttura di pronto soccorso dei 46 centri aderenti al Gruppo PIPER e che hanno aderito alla survey.



Figura 2. Nell'immagine è mostrata la percentuale di centri italiani coinvolti nello studio in cui viene misurato il dolore dagli infermieri (torta a sinistra), dai medici (torta centrale) e la percentuale dei centri in cui il dolore oltre che misurato la prima volta viene anche rivalutato (torta a destra).

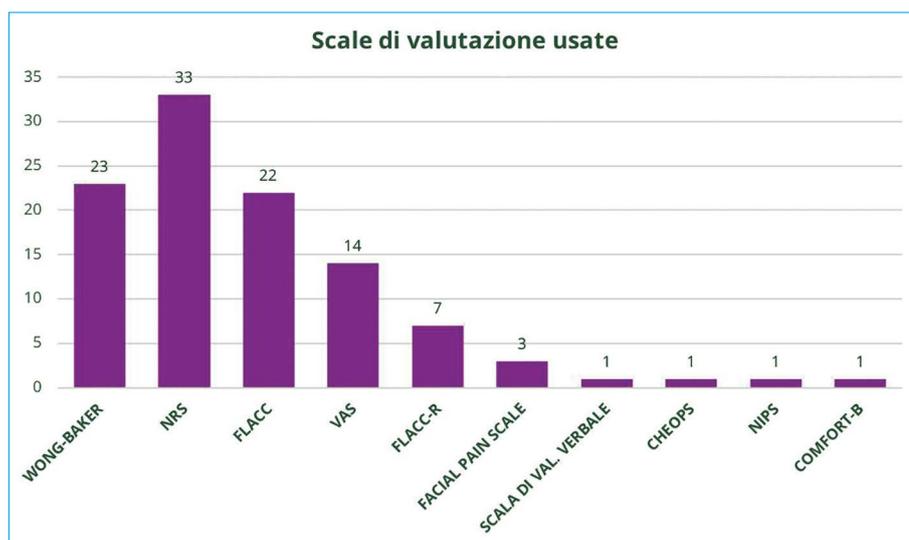


Figura 3. La figura mostra il numero di centri in cui i medici utilizzano ciascuna delle scale algometriche attualmente disponibili.

ricevuto sia una formazione che un recall sulla gestione del dolore.

In 26 centri (56%), i medici misurano "sempre" il dolore al momento della prima visita in pronto soccorso, in 17 centri (37%) la valutazione algometrica viene fatto "qualche volta" (soprattutto in caso di dolore evidente o in corso di patologie specifiche) e in 3 centri (6,5%) i medici non misurano "mai" il dolore (Figura 2, centro). Nel 28% dei centri il medico rivaluta il dolore dopo aver impostato una terapia analgesica (Figura 2, destra).

In 30 centri i protocolli medici di misurazione del dolore prevedono l'utilizzo di 3 o più scale algometriche validate, usate in maniera specifica in rapporto all'età e alla situazione clinica del paziente. La frequenza dell'uso di ciascuna scala è mostrata nella Figura 3. In 34 centri (73%) il medico registra il dato algometrico in cartella clinica.

In 25 centri vi sono protocolli scritti specifici per il trattamento del dolore: tali protocolli prevedono l'utilizzo di paracetamolo (78%), FANS (76%), oppioidi (59%), adiuvanti (37%) o anestetici locali (65%). Nel 13% dei centri è previsto l'utilizzo routinario di procedure analgesiche prima di manovre invasive. Nell'89% dei centri che hanno aderito a PIPER si è dato avvio a percorsi formativi sul tema del dolore in PS, nel 59% sono stati sviluppati e proposti protocolli di gestione del sintomo e nel 72% sono stati introdotti nuovi strumenti per la misurazione del dolore. In generale, l'adesione a PIPER si è associata nell'80% dei centri a un miglioramento nella valutazione del dolore o nel corretto utilizzo dei farmaci antidolorifici.

Conclusioni

I dati raccolti in questa survey indicano che la gestione del dolore del bambino nei

pronto soccorso italiani è complessivamente molto migliorata negli ultimi anni. Nel lavoro precedentemente pubblicato dal gruppo PIPER sulla situazione relativa alla gestione del dolore pediatrico nei pronto soccorso italiani nel 2010 [11], emergeva come nel 37% dei casi, la valutazione del dolore non fosse applicata né in fase di triage né in pronto soccorso. Nel 32% dei casi non venivano mai utilizzate scale algometriche per la misurazione del dolore, nel 21% dei casi la valutazione algometrica non veniva registrata nella cartella clinica e nel 47% dei casi non veniva applicato alcun protocollo nel trattamento del dolore.

I risultati di questa survey mostrano quindi un netto miglioramento sia per quanto riguarda la misurazione del dolore (percentuale dei centri che misurano il dolore sempre e registrano il dato in cartella clinica) che per quanto riguarda l'approccio antalgico, farmacologico e non.

Questi dati incoraggianti sono probabilmente il risultato di molteplici attività e situazioni che hanno portato maggiore formazione e discussione fra i sanitari in questo ambito e hanno quindi stimolato una nuova attitudine alla gestione del sintomo dolore nel bambino in pronto soccorso. Tuttavia, siamo ancora lontani da una gestione ottimale e la gestione del dolore nel setting dell'emergenza/urgenza rappresenta a oggi un obiettivo ancora da raggiungere in Italia, nonostante le numerose conoscenze acquisite e la disponibilità di risorse e strumenti.

La crescita di una progettualità di lavoro come quella proposta dal gruppo PIPER può rappresentare uno strumento importante per determinare e continuare a supportare un cambiamento reale e tangibile nella gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso attraverso l'applicazione di protocolli organizzativi e strategie di formazione rivolte ai professionisti della salute, nonché attraverso la messa a disposizione di strumenti condivisi e una continua possibilità di confronto e di scambio.

Dichiarazione degli autori: il progetto è stato realizzato con il contributo incondizionato di Angelini S.p.A.

✉ franca.benini@aopd.veneto.it

[La bibliografia è consultabile online](#)

Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al congresso “Da Tabiano a Parma”

Pubblichiamo in questo numero due comunicazioni orali presentate al congresso “Da Tabiano a Parma”

Perché fare il trial con Piridossina nelle convulsioni neonatali refrattarie: un caso di epilessia PNPO responsiva alla Piridossina

Maria Carolina Bariola*, Giovanna Russo*, Lorenzo Iughetti**, Alberto Berardi***, Fabrizio Ferrari***, Licia Lugli***

* Scuola di Specializzazione in Pediatria, Azienda Ospedaliera - Universitaria Policlinico di Modena

** Struttura Complessa di Pediatria, Azienda Ospedaliera - Universitaria Policlinico di Modena

*** Struttura Complessa di Neonatologia e Nido, Azienda Ospedaliera - Universitaria Policlinico di Modena

Caso clinico

XY nato a 37 settimane EG da parto vaginale precipitoso, liquido tinto di meconio, discreto adattamento neonatale. Negli ultimi giorni di gestazione segnalati movimenti fetali a cadenza ritmica. A 6 ore di vita il bambino presentava stato di male elettroclinico con spasmi mioclonici ai quattro arti; la terapia antiepilettica con fenitoina e midazolam risolveva i fenomeni clinici ma persistevano le crisi elettriche. Come da protocollo nelle crisi refrattarie [1] veniva eseguito trial con piridossina ev 100 mg con cessazione delle crisi. In monoterapia con piridossina il tracciato mostrava progressivo miglioramento fino a completa normalizzazione. Dopo un mese il paziente ritornava per sintomi neurologici (insonnia, irritabilità) 20 ore dopo la somministrazione di B6. Per confermare la piridossina-dipendenza del bambino veniva tentata la sospensione della vitamina B6, con ricomparsa di crisi multifocali, interrotte dalla somministrazione di piridossina. Il bambino veniva dimesso in terapia con vitamina B6 15 mg/kg ogni 12 ore, con buon controllo delle crisi e outcome neurologico normale a 18 mesi. Il pannello genetico per epilessia inaspettatamente risultava negativo per epilessia piridossina dipendente (PDE) e mostrava una mutazione missenso in omozigosi c(674G>A) p(Arg225His) nel gene PNPO.

Background

L'epilessia piridossina dipendente (PDE) e l'epilessia piridossal/fosfato dipendente (PNPO) sono difficilmente distinguibili da un punto di vista clinico: si caratterizzano per spasmi mioclonici (talora a esordio prenatale), associati a irritabilità, insonnia e startles. Alla nascita è frequente il riscontro di distress respiratorio e liquido tinto [1]. In attesa della conferma genetica, la somministrazione empirica di piridossina e piridossalfosfato è ancora il metodo di scelta per una diagnosi e un trattamento tempestivo [1]. I primi pazienti descritti con epilessia PNPO avevano crisi che rispondevano al piridossalfosfato e non alla piridossina [1,2]. Negli ultimi anni tuttavia lo spettro clinico dell'epilessia PNPO è diventato più ampio e sono stati descritti genotipi responsivi alla piridossina [2-4]. La mutazione c(674G>A) p(Arg225His), in particolare, è descritta in 14 pazienti piridossina-responsivi ed è frequente nei Paesi dell'ex Jugoslavia [2-4]. Si caratterizza per un fenotipo epilettico severo, con tuttavia una ottima risposta clinica alla somministrazione di piridossina [3,4]. L'inizio tardivo o la somministrazione discontinua di B6 in questi pazienti si associa infatti a outcome neuromotorio infausto con stato epilettico refrattario o tetraparesi spastica; è descritta anche la recidiva critica nello switch terapeutico dalla piridossina al piridossalfosfato [4]. Considerando questa nozione e l'ottimo compenso clinico e metabolico del nostro paziente abbiamo proseguito a lungo termine la monoterapia con piridossina.

✉ carolinabariola@gmail.com

1. Schmitt B, Baumgartner M, Mills PB, et al. Seizures and paroxysmal events: symptoms pointing to the diagnosis of pyridoxine-dependent epilepsy and pyridoxine phosphate oxidase deficiency. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52(7):133-42.

2. Guerin A, Aly AS, Mutch C, et al. Pyridox(am)ine-5-Phosphate Oxidase Deficiency Treatable Cause of Neonatal Epileptic Encephalopathy With Burst Suppression: Case

Report and Review of the Literature. *J Child Neurol* 2015;30(9):1218-25.

3. Mills PB, Camuzeaux SS, Footitt EJ, et al. Epilepsy due to PNPO mutations: genotype, environment and treatment affect presentation and outcome. *Brain* 2014;137:1350-60.

4. Ware TL, Pitt J, Freeman J. Pyridoxine responsiveness in novel mutations of the PNPO gene. *Neurology* 2014;82(16):1425-33.

Un sanguinamento “fatuo”

Lambertini Anna Giulia, Cacciatore Euro, Sprocati Monica, Govoni Maria Rita, Maggiore Giuseppe

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche – Sezione di Pediatria dell'Università di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria Arcispedale Sant'Anna di Ferrara

E. è una lattante di 2 mesi, secondogenita, nata da gravidanza riscontrata alla ventitreesima settimana. Giunge alla nostra attenzione per riferito riscontro di tracce ematiche isolate e miste a feci nel pannolino, di cui la madre produce documentazione fotografica (Figura 1). All'esame obiettivo è in buone condizioni generali, non presenta ragadi né tracce ematiche al sondaggio rettale, l'addome è trattabile, la restante obiettività è nella norma. La madre riferisce di aver sospeso da 2 settimane l'allattamento al seno su “indicazione del curante”. Per chiarire l'origine del sanguinamento si ricovera.

Dopo poche ore la madre mostra due pannolini con tracce fucsia (Figura 2), negative allo stick per sangue e non reagenti con acqua ossigenata. Decidiamo di conservare tutti i pannolini.

Alla visita il giorno seguente la bimba presenta tracce ematiche fresche a livello dell'ostio vaginale, positive per sangue allo stick; emocromo e test coagulativi risultano nella norma, negative la ricerca di virus, batteri e sangue occulto su feci e negativo l'esame urine. L'ecografia addominale evidenzia una cisti ovarica subcentimetrica di scarso rilievo clinico. I valori di emoglobina sono stabili dall'ingresso (10 g/dl).

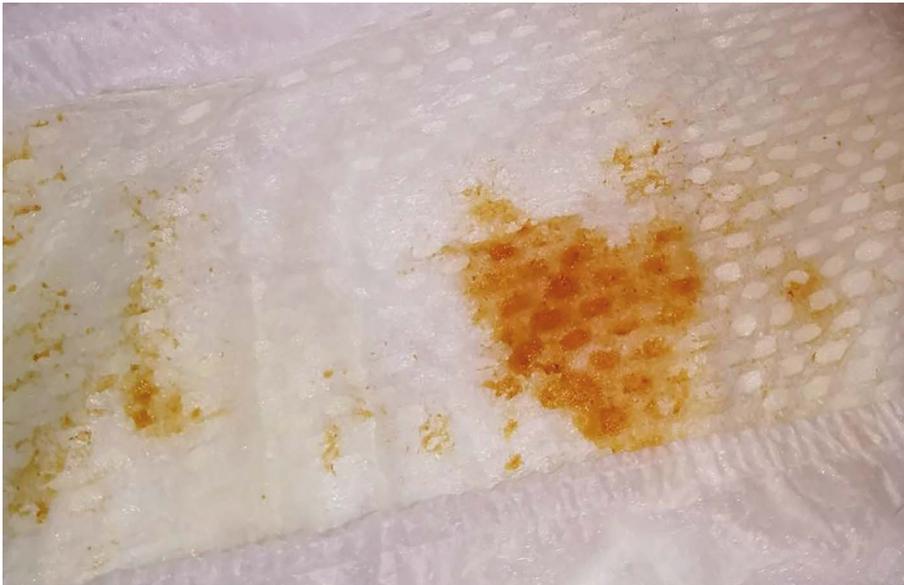


Figura 1. Dettaglio di una delle immagini mostrate dalla madre in PS.



Figura 3. Uno dei numerosi pannolini prodotti dalla madre durante il ricovero. Positivo al multistick per sangue.

Durante la degenza la madre segnala inoltre episodi di revulsione dei bulbi oculari con irrigidimento e difficoltà nell'alimentazione, mai accertati dal personale.

Sospettiamo una S. di Münchausen by proxy. Attiviamo le Autorità competenti e la Medicina legale per la caratterizzazione biologica e genetico-identificativa del presunto materiale ematico (Figure 3-4), che risulterà essere sangue materno. Parallelamente attiviamo un percorso di supporto per la madre, per la comunicazione della diagnosi e la presa in carico. La piccola viene dimessa in affido temporaneo, secondo disposizione legale. La madre confessa e accetta il percorso di supporto.

La sindrome di Münchausen by proxy (MBPs), disturbo fittizio imposto per procura, identifica un disturbo mentale che affligge

per lo più madri e le spinge a simulare o arrecare direttamente un danno fisico al figlio per attirare l'attenzione su di sé, assumendo per interposta persona il ruolo di malato.

Costituisce una forma di abuso caratterizzato dalla necessità di un contesto medico-sanitario per essere attuato. L'incidenza del disturbo è in media 1,2/100.000 nuovi casi/anno, e sale a 3/100.000 sotto l'anno di vita. La mortalità conseguente è calcolata intorno al 10% [1].

La MBPs si può manifestare con la simulazione (descrizioni dettagliate dei disturbi), falsificazione di esami di laboratorio o inquinamento di campioni, con amplificazione di sintomi di una malattia reale o nella forma più grave con l'induzione dei segni e sintomi di malattia.

Il medico si trova in una situazione complessa. Da un lato deve percepire l'inganno di cui è vittima insieme al bambino, deve sfuggire al ruolo di complice (Mün-



Figura 2. Pannolino fornito dalla madre poco dopo il ricovero. Si notano 2 spot distinti con sbavature verso l'esterno, di colore fucsia. Reazione al perossido di idrogeno: assente. Multistick per sangue negativo.

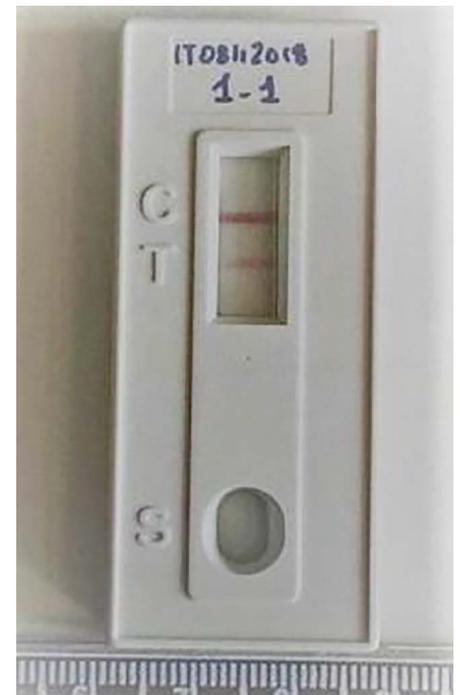


Figura 4. Il campione è risultato positivo per emoglobina umana e le analisi genetiche del materiale hanno permesso di attribuirlo alla madre biologica di E.

chausen by doctor) e deve adoperarsi per rompere la catena dell'abuso [2].

✉ imbngl@unife.it

1. Cannioto Z, Marchetti F, Da Dalt E, et al. La sindrome di Münchausen by proxy. *Medico e Bambino* 2009;28:309-18

2. Panontin E, Cozzi G. La sindrome di Münchausen by proxy. *Medico e Bambino* 2014;33:497-501.

L'emottisi in età pediatrica. Inquadramento e gestione delle emorragie polmonari nel bambino

Matteo Botti*, Valeria Galici**, Cesare Braggion**

*UO Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Ospedale Santa Chiara, Pisa

**Centro Regionale di Riferimento per la Fibrosi Cistica, Ospedale A. Meyer, Firenze

L'emottisi viene definita come l'emissione con la tosse di sangue da origine sottoglottica. Può variare da muco striato di sangue (emoftoe) a un sanguinamento massivo con conseguente pericolo di vita per l'ostruzione delle vie aeree e l'instabilità emodinamica. L'emottisi è un sintomo molto raro nei bambini: le infezioni polmonari, i traumatismi delle vie aeree e la fibrosi cistica sono le cause più frequenti di emottisi in età pediatrica. L'emorragia polmonare può essere la conseguenza di una patologia locale o diffusa del polmone. L'anamnesi, gli esami di laboratorio e le indagini radiologiche di solito consentono di capire la causa del sanguinamento; la valutazione con la broncoscopia e la biopsia polmonare sono necessarie solo in pochi casi. L'identificazione eziologica è utile per pianificare il miglior approccio terapeutico. Una gestione aggressiva è obbligatoria per la potenziale gravità del problema. La diagnosi tempestiva della causa, la localizzazione del sanguinamento in atto e la successiva gestione medica e/o interventistica dell'episodio è fondamentale per garantire al paziente il migliore outcome a breve e a lungo termine.

Hemoptysis is the coughing up of blood from a source below the glottis. It can range from a small amount of blood-streaked sputum to massive bleeding with life-threatening consequences due to airway obstruction and hemodynamic instability. Hemoptysis is a very rare symptom in children: pulmonary infections, airway trauma and cystic fibrosis are the more frequent causes of hemoptysis. Pulmonary hemorrhage can be the consequence of a local or diffuse lung disease. The medical history, the laboratory tests and radiological investigations usually allow us to understand the cause of the bleeding; assessment with bronchoscopy and the lung biopsy are necessary only in rare cases. Etiological identification is useful for planning the best therapeutic approach. Aggressive management is mandatory due to the potential severity of the problem. The timely diagnosis of the cause, the localization of the bleeding and the subsequent medical and / or interventional radiology management of the episode, is essential to guarantee the patient the best short-term and long-term outcome.

Epidemiologia

L'emottisi nell'età pediatrica è un evento raro e l'esatta incidenza non è conosciuta. In generale si tratta di un evento episodico che va a complicare quadri cronici o acuti di patologie polmonari [1]. Nelle varie casistiche pediatriche le infezioni polmonari e tracheo-bronchiali, la fibrosi cistica (FC), l'inalazione da corpo estraneo e le complicanze correlate alla tracheostomia risultano le cause più comuni di emottisi [2-4]. Nella FC la prevalenza dell'emottisi massiva in età pediatrica è dell'1%, con un primo episodio che compare mediamente intorno a 15 anni [5]. Le emorragie polmonari che provocano emottisi, possono essere di piccola quantità e ripetute nel tempo, definite come emottisi croniche, oppure eventi iperacuti con notevole perdita di sangue che mettono in pericolo la vita del paziente [6]. La reale incidenza di emottisi in età pediatrica potrebbe risulta-

re sottostimata in quanto è risaputo che i bambini spesso deglutiscono il muco che risale con la tosse, quindi in età infantile può rimanere misconosciuta fino a che non diventa quantitativamente significativa [7].

Eziologia e patogenesi

L'episodio di emottisi è determinato dall'erosione dei vasi sanguigni che irrora i bronchi con conseguente stravasamento di sangue all'interno delle vie aeree. Il sanguinamento polmonare può essere localizzato o diffuso; ciò permette una suddivisione delle emottisi in **emorragie focali polmonari** ed **emorragie alveolari diffuse** [8]. Va ricordato che i polmoni ricevono il sangue da due circolazioni separate: il circolo bronchiale (rami delle arterie bronchiali, a basso volume e alta pressione) e il circolo polmonare (rami dell'arteria polmonare, ad alto volume e bassa pressio-

ne). Nelle emottisi focali il sangue proviene generalmente dalla rottura di uno o più vasi della circolazione bronchiale. Le emorragie alveolari diffuse generalmente derivano da sanguinamenti di lieve entità e ripetuti nel tempo della circolazione polmonare [9].

Tra le cause più frequenti di emorragia polmonare focale ci sono le **infezioni broncopolmonari** [10]. L'insulto infettivo, determinante infiammazione ed edema della mucosa delle vie aeree, può procurare la rottura di piccoli vasi sanguigni, in particolare durante la tosse [1]. Nella tubercolosi (TBC) l'emottisi può derivare dalla rottura sia di una arteria bronchiale, che di un aneurisma di Rasmussen (dilatazione di un ramo dell'arteria polmonare dovuta a infiammazione cronica in una cavità tubercolare) [10]. La TBC, che è la causa principale di emottisi nei Paesi in via di sviluppo, può presentarsi sia come evento di lieve entità e ripetuto nel tempo, che con una forma massiva potenzialmente letale [11]. Altre cause infettive sono le polmoniti da *Staphylococcus aureus*, gli accessi polmonari, le polmoniti necrotizzanti, le polmoniti virali, l'aspergilloma polmonare, la echinococcosi polmonari [12].

Le **bronchiectasie**, in età pediatrica presenti quasi esclusivamente nel paziente con FC, possono essere causa frequente di emottisi [13,14]. Nella FC, con l'evoluzione della malattia polmonare e l'infiammazione cronica che conduce a neoangiogenesi e rimodellamento vascolare, i vasi divengono sempre più tortuosi ed ectasici, con quindi maggior rischio di rottura [15] (Figura 1). I principali fattori di rischio per lo sviluppo di questa complicanza nella FC sono l'avanzare dell'età del paziente e l'entità del danno polmonare [16]. In una casistica australiana di 20 anni, esclusivamente pediatrica, risulta un FEV1 medio al primo episodio di emottisi massiva del 56% [5]. Altre cause di bronchiectasie più rare in età pediatrica sono la discinesia ciliare primitiva e le immunodeficienze primitive o secondarie. Le bronchiectasie, insieme alla TBC, sono le cause più fre-

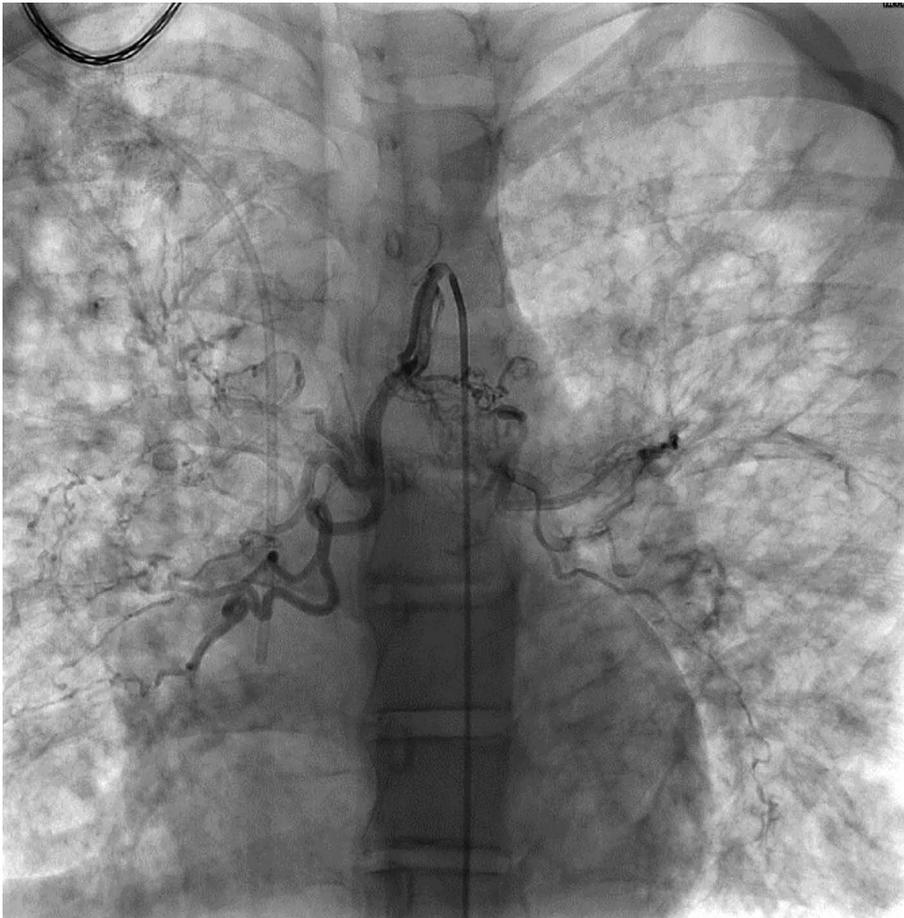


Figura 1. Angiografia delle arterie bronchiali di una paziente di 14 anni con fibrosi cistica post episodio di emottisi massiva. È possibile notare un circolo bronchiale tortuoso ed ectasico, con comunicazioni tra le arterie bronchiali di destra e di sinistra; queste ultime risultano di calibro minimo. Immagine del centro FC dell'ospedale Meyer.

quente di sanguinamenti imponenti che possono mettere a repentaglio la vita in acuto [6].

L'emottisi può complicare la storia di **patologie cardiache congenite** come la tetralogia di Fallot, la stenosi/atresia mitralica, l'atresia delle vene polmonari, la coartazione dell'aorta, la trasposizione dei grossi vasi, il canale atrioventricolare unico [17]. Tale sintomo è più frequente nei casi in cui c'è un aumento delle pressioni intravascolari nel circolo polmonare, come avviene per esempio nella stenosi mitralica. La bronchite plastica, una rara complicanza della chirurgia delle cardiopatie congenite, in particolare della procedura di Fontan, si caratterizza per la presenza di stampi bronchiali, di consistenza gommosa misti a sangue, che vengono espettorati dal paziente [18].

- Una causa rilevante per frequenza in ambito pediatrico è il **trauma**, inteso come contusioni polmonari, inalazione di corpi estranei e procedure invasive sulle vie aeree (aspirazione endotracheali, intubazione, broncoscopia, pazienti con tracheostomia) [1]. Sono stati riportati sanguinamenti significativi della regione tracheale in circa il 10% dei pazienti pediatrici tracheostomizzati [19].

- Le **malformazioni bronchiali e/o vascolari** (malformazione arterovenosa, aneurismi delle arterie bronchiali congenite, emangioma delle vie aeree, fistola artero-bronchiale) possono portare, in caso di rottura, a episodi di sanguinamento, anche massivo [8].

- Le **neoplasie** polmonari primitive sono eventi eccezionali in età pediatrica più frequenti invece sono le metastasi in sede polmonare o mediastinica di altri tumori (neuroblastomi, teratomi, linfomi, osteosarcomi) [20]. Va riportato che le emorragie polmonari diffuse possono presentarsi anche come complicanza della chemioterapia e/o del trapianto di midollo osseo [21].

- Sono stati riportati casi di emorragie polmonari determinate da sottostanti **coagulopatie** di varia origine: iatrogene (come da terapia anticoagulante), da malattie primitive ematologiche (malattia di Von Willebrand e l'emofilia) o da patologie epatiche (esempio epatopatia FC-correlata) [8].

- Le **vasculiti** polmonari, classificate tra le cause di emorragie alveolari diffuse, sono infiammazioni dei piccoli vasi sanguigni polmonari, che

comportano una degenerazione delle pareti dei vasi, ispessimento e indebolimento [8]. Tra le vasculiti che possono interessare il polmone le più frequenti sono quelle associate alla presenza di anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (ANCA) come la granulomatosi di Wegener, la sindrome di Churg-Strauss e la poliangiite microscopica [22]. Altre malattie reumatologiche sistemiche come il lupus eritematoso sistemico, la porpora di Henoch-Schönlein, la malattia di Behcet eccezionalmente possono interessare il circolo vascolare polmonare [16]. La sindrome di Goodpasture, una rara malattia autoimmune dovuta alla presenza di anticorpi contro il collagene IV della membrana basale glomerulare e degli alveoli, si presenta con emorragie interstiziali polmonari e glomerulonefrite [23]. La capillarite polmonare pauci-immune isolata è una vasculite dei piccoli vasi limitata al polmone che può provocare nel bambino diffusa emorragia alveolare con emottisi, dispnea e dolore toracico [8].

- La **sindrome di Heiner** è una rara forma di ipersensibilità polmonare non IgE mediata verso le proteine del latte vaccino che nel lattante e nel bambino piccolo può presentarsi con emottisi, wheezing e dispnea [24].

- L'**emosiderosi polmonare idiopatica** è una patologia a eziologia sconosciuta, più frequente nella prima decade di vita, che provoca sanguinamento dei capillari alveolari e accumulo di emosiderina e siderofagi nei polmoni; si manifesta con tosse, infiltrati polmonari e anemia. Può avere un esordio insidioso o manifestarsi acutamente con tosse e emottisi [25].

Le cause di emottisi nell'età pediatrica sono integralmente elencate nella **Tabella 1**.

Diagnosi

È essenziale, in prima istanza, determinare l'origine del sanguinamento: il sangue proveniente dalle cavità nasali (epistassi) o dall'apparato gastrointestinale (ematemesi), può essere confuso con quello proveniente dalle vie aeree inferiori. Può essere d'aiuto sapere che l'emottisi si contraddistingue per il fatto che l'emissione di sangue è abitualmente preceduta dalla tosse, il pH è alcalino, il colorito è rosso chiaro e schiumoso poiché si tratta di sangue arterializzato miscelato con l'aria. L'ematemesi invece si presenta spesso con sangue di colore rosso scuro, spesso coagulato e con pH acido per la presenza delle secrezioni gastriche [26]. In caso di dubbio diagnosi

TABELLA 1. Classificazione eziologica delle emottisi in età pediatrica	
EMORRAGIE FOCALI POLMONARI	
<i>Infezioni:</i> tubercolosi, polmoniti da <i>Staphylococcus aureus</i> , polmoniti virali, polmoniti necrotizzanti, ascessi, legionellosi, echinococchi polmonare, leptospirosi, ebola	
<i>Bronchiectasie:</i> fibrosi cistica, discinesia ciliare primaria, immunodeficienze primarie e secondarie	
<i>Traumi:</i> inalazioni di corpi estranei, contusioni polmonari, manovre invasive endobronchiali, complicanze su tracheostomia	
<i>Malformazioni:</i> cisti bronchiali, malformazioni congenite delle vie aeree, emangiomi polmonari, malformazioni delle arterie bronchiali, cisti broncogena, malformazioni artero-venose	
<i>Coagulopatie:</i> terapia anticoagulante, terapia trombolitica, malattia di Von Willebrand, emofilia, piastrinopenie severe, coagulazione intravasale disseminata, epatopatia grave	
<i>Embolia polmonare</i>	
<i>Neoplasie:</i> primarie o metastasi polmonari	
EMORRAGIE ALVEOLARI DIFFUSE	
<i>Vasculiti:</i> capillarite polmonare idiopatica, lupus eritematoso sistemico, malattia di Behçet, malattia di Goodpasture, granulomatosi di Wegener, sindrome di Churg-Strauss, poliarterite nodosa	
<i>Cardiopatie:</i> ritorno venoso polmonare anomalo, atresia/stenosi vene polmonari, stenosi mitralica, scompenso cardiaco grave con ipertensione polmonare, post intervento cardiocirurgico (es. intervento Fontan)	
<i>Emorragia polmonare idiopatica acuta</i>	
<i>Emosiderosi polmonare idiopatica</i>	
<i>Post trapianto midollo osseo</i>	
<i>Sindrome di Heiner</i>	

stico, la presenza di macrofagi carichi di emosiderina (*bemosiderin laden macrophages*, *HML*) nel liquido di lavaggio bronco-alveolare è indicativa di emorragia polmonare; tale reperto microscopico inizia a essere rilevabile solo dopo 2-5 giorni dal sanguinamento [8,27].

Per gestire l'episodio nel modo migliore è necessario **quantificare l'entità dell'episodio**, anche se spesso risulta complesso ottenere una stima verosimile della quantità del sangue perso. Sebbene manchi un *consensus* in età pediatrica, la forma massiva è generalmente considerata come un sanguinamento che superi gli 8 ml/kg nelle 24 ore [7]. Per la fibrosi cistica esiste uno specifico consenso basato sull'opinioni di esperti che classifica l'emottisi in: lieve se la quantità di sangue è ≤ 5 ml/24 ore; moderata tra 5 e 240 ml/24 ore; massiva se > 240 ml/24 ore o sanguinamenti ricorrenti > 100 ml per diversi giorni consecutivi (**Tabella 2**) [28]. Per il clinico, ogni emottisi che alteri la funzione respiratoria e/o l'emodinamica del paziente, indipendentemente dalla quantità stimata di sangue perso, dovrebbe essere

considerata e trattata come *life-threatening* [29].

Anamnesi

Spesso è la famiglia a conoscere la patologia di base del bambino (es. la fibrosi cistica, una cardiopatia) e a rivolgersi al centro specifico dove il bambino è seguito, ma a volte l'anamnesi remota del bambino può risultare silente e quindi sarà il pediatra di pronto soccorso a dover gestire la situazione. In tal caso la raccolta dell'anamnesi prossima è estremamente importante per ricercare i sintomi e i fattori di rischio che suggeriscono le possibili cause, tra cui: febbre ed espettorazione (polmonite); provenienza da Paesi in via di sviluppo, uso di immunosoppressori (tubercolosi, echinocosi, aspergilloma); sudorazione notturna, perdita di peso, astenia (tumori, tubercolosi); dolore toracico e dispnea (polmonite, traumi, embolia polmonare); ematuria (vasculiti, sindrome di Goodpasture); secrezione nasale emorragica (granulomatosi Wegener); tosse improvvisa e convulsa, recente insorgenza di wheezing (inalazione di corpo estraneo); petecchie, sanguini-

namenti anche in altre sedi del corpo (epatopatia, coagulopatie); recente intervento chirurgico con immobilizzazione prolungata, familiarità per trombosi, dispnea improvvisa (embolia polmonare) [12,13].

Esame obiettivo

L'EO toracico potrebbe evidenziare all'auscultazione la presenza di rantoli localizzati nelle emorragie focali, o altri reperti indicativi di una patologia sottostante responsabile del sanguinamento. Nell'esame obiettivo è necessario porre attenzione anche alla cavità orale e al naso come sedi potenziali di sanguinamento. L'auscultazione del cuore può mettere in luce reperti indicativi di sottostante patologia cardiaca [12].

Esami strumentali e di laboratorio

In prima istanza l'esame da effettuare è una radiografia del torace per escludere la presenza di masse o reperti indicativi della presenza di bronchiectasie, nonché di patologie focali o diffuse del parenchima polmonare (es. air-trapping unilaterale con iperinflazione è rappresentativo di inalazione di un corpo estraneo) [7]. Nei bambini con emottisi, circa 1/3 delle radiografie del torace risulta però normale [30]; pertanto, per avere un quadro polmonare più preciso e comprensivo dello studio della vascolarizzazione bronchiale, è necessario una angio-TC del torace. Nella fibrosi cistica l'angio-TC del torace detiene un'accuratezza per la localizzazione del sanguinamento dalle arterie bronchiali pressoché del 100%, rispetto a una capacità inferiore al 50% di una broncoscopia; l'angio-TC permette anche l'identificazione delle varianti anatomiche delle arterie bronchiali e il rispettivo decorso [31]. Pertanto nei sanguinamenti massivi, se il paziente è stabile, l'angio-TC è l'esame di imaging di prima scelta. Di fronte a sanguinamenti che non mettono in pericolo imminente la vita del paziente, la broncoscopia in sedazione profonda è utile per individuare la sede del sanguinamento, per effettuare un lavaggio bronco-alveolare diagnostico (come per la emosiderosi polmonare idiopatica), per visualizzare eventuali lesioni bronchiali o corpi estranei ed eventualmente effettuare una biopsia [1]. Successivamente, in base al sospetto clinico derivato da anamnesi, esame obiettivo e imaging toracico, ci indirizzeremo, con esami più specifici, verso la diagnosi della causa dell'emottisi. Tra gli esami ematici, l'emocromo (per valutare l'eventuale anemia e il numero di piastrine) e lo screening della coagulazione vanno richiesti in ogni caso [1]. Nella **Tabella 3** sono elencati le indagini diagnostiche da effettuare

TABELLA 2. Classificazione quantitativa delle emottisi nella fibrosi cistica	
Tipo di emottisi	Quantità di sangue emessa con la tosse
Lieve (minore)	≤ 5 ml/24 ore
Moderata	tra 5 e 240 ml/24 ore
Massiva (maggiore)	se > 240 ml/24 ore o sanguinamenti ricorrenti > 100 ml per diversi giorni consecutivi

TABELLA 3. Indagini da richiedere per la diagnosi differenziale della causa di emottisi

Cause di emottisi	Indagini diagnostiche specifiche
Infezioni	Ricerca diretta dell'agente infettivo su espettorato (o su lavaggio broncoalveolare), ricerca risposta anticorpale specifica, PCR, PCT, VES, test di Mantoux, Quantiferon
Fibrosi cistica	Test del sudore
Discinesia ciliare primari	Brushing nasale (analisi attività ciliare, microscopia elettronica delle ciglia)
Immunodeficienze	Emocromo con formula, IgA, IgM, IgG, sottoclassi IgG, sottopopolazioni linfocitarie, risposta anticorpali a specifici vaccini, test HIV
Coagulopatie	PT, aPTT, INR, emocromo
Embolia polmonare	AngioTC, scintigrafia polmonare, D-dimero
Cardiopatie	ECG, ecocardiogramma color doppler
Malformazioni vascolari e bronchiali	AngioTC toracica, angiografia, broncoscopia
Inalazione di corpo estraneo	TC del torace, broncoscopia
Vasculiti	Indagini reumatologiche (ricerca di specifici autoanticorpi, es. ANCA), VES, PCR, lavaggio broncoalveolare, biopsia polmonare
Emosiderosi polmonare idiopatica	Lavaggio broncoalveolare
Neoplasie primarie polmonari e metastasi	TC torace, PET, marker tumorali (LDH, VES, emocromo, enolasi neurone specifica), broncoscopia

nel sospetto di specifiche condizioni patologiche.

Terapia dell'emottisi

Le decisioni terapeutiche dipendono da due sostanziali valutazioni: l'entità del sanguinamento e la causa sottostante. Di fronte a un'emottisi lieve il clinico può prendersi del tempo per approfondire l'anamnesi e studiare le cause. Al contrario nelle forme *life-threatening* il trattamento deve essere urgente, possibilmente in un ospedale dotato di rianimazione pediatrica e necessariamente multidisciplinare (pediatra, radiologo interventista, broncoscopista, chirurgo toracico, otorino, anestesista) [32].

Cosa fare in caso di emottisi lievi e moderate

In caso di emorragie polmonari minori, generalmente il trattamento della causa sottostante induce la cessazione anche dell'emottisi, per esempio nelle emottisi di natura infettiva la sintomatologia si risolverà gradualmente dopo l'inizio della terapia antibiotica, antitubercolare o antifungina mirata all'agente eziologico [12]. Nelle emottisi lievi e moderate correlate alla presenza di bronchiectasie, come nella fibrosi cistica, è consigliabile iniziare la terapia antibiotica, in quanto l'episodio di emottisi è quasi sempre correlato a un'infezione polmonare e considerato quindi la manifestazione di un'esacerbazione polmonare. Nella fibrosi cistica è consigliabile sospendere l'eventuale terapia inalatoria (dornasi-alfa, soluzione ipertonica, antibioticoterapia inalatoria) in quanto potrebbe scatenare lo stimolo della tosse e contrastare la formazione del coagulo [28]. Le eventuali alterazioni della coagulazione dovranno essere corrette in base al ri-

sultato degli esami ematici, con trasfusioni di plasma, piastrine, somministrazione di fattori della coagulazione o vitamina K. Il trattamento delle vasculiti polmonari può risultare molto complesso, generalmente viene iniziato un corticosteroide sistemico (metilprednisolone e.v. a 30 mg/kg/die per 3-5 giorni) seguito da graduale decalage; spesso però non è sufficiente a controllare la malattia sottostante ed è necessario introdurre farmaci immunosoppressori (ciclofosfamide, micofenolato mofetile, azatioprina) o agenti biologici (rituximab, infliximab) [8,12]. Tra i farmaci adoperati nel trattamento delle emottisi, l'acido tranexamico, agente antifibrinolitico, inibitore dell'attivazione del plasminogeno, viene frequentemente utilizzato per il controllo del sanguinamento [33].

Cosa fare in caso di emottisi massiva

Tutti i pazienti con emottisi massiva devono assolutamente essere ospedalizzati al più presto, possibilmente nel pronto soccorso di un ospedale di terzo livello. Il mantenimento degli scambi gassosi adeguati e la prevenzione dello shock emorragico sono priorità fondamentali [3]. Nel paziente instabile con emottisi in atto è necessario contattare il team di rianimazione e seguire l'algoritmo rianimatorio delle linee guida ILCOR [34].

La gestione delle vie aeree (*A - airways*) è il focus del trattamento rianimatorio. Se le vie aeree sono a rischio o si ha insufficienza respiratoria (*B - breathing*), è necessario intubare il paziente (o usare un broncoscopio rigido) e aspirare il sangue dalle vie aeree sottoglottidee, per evitare l'asfissia. Sebbene non ci siano chiare evidenze dell'efficacia, se il sito del sanguinamento è stato identificato, va presa in

considerazione la possibilità di *single lung ventilation* (effettuabile "imbroncando" il tubo endotracheale nel polmone che non sta sanguinando) [35]. L'ossigeno dovrebbe essere sempre supplementato, tramite naso-cannule o attraverso il tubo endotracheale, per evitare l'ipossiemia. Il paziente con emottisi massiva, avendo un'emorragia in atto (*C - circulation*), necessita di infusione di cristalloidi o di una trasfusione di sangue in caso di shock emorragico (pertanto appena ammesso in pronto soccorso vanno richieste le indagini per il gruppo sanguigno). Può essere utile in urgenza, se si sospetta la localizzazione del sanguinamento su un emitorace, porre il paziente in decubito su quel lato, in modo da proteggere in parte il polmone controlaterale dall'inondazione del sangue [36]. La broncoscopia interventistica e l'embolizzazione delle arterie bronchiali sono due valide alternative per arrestare un grave sanguinamento focale. Non ci sono in letteratura chiare evidenze di quale sia l'intervento migliore, eccetto che in alcuni casi specifici.

Le linee guida per l'emottisi nella FC raccomandano di effettuare l'**embolizzazione delle arterie bronchiali (EAB)** in caso di paziente instabile [28]. L'EAB è un'operazione di radiologia interventistica endovascolare che ha lo scopo di interrompere le emorragie che derivano dalla rottura delle arterie bronchiali [37,38]. L'intervento viene effettuato in narcosi attraverso la cateterizzazione arteriosa (generalmente di una arteria femorale) e il successivo raggiungimento, attraverso l'aorta, della sede del sanguinamento a livello delle arterie bronchiali dove, previo studio angiografico, vengono embolizzati i vasi che risultano erosi e sanguinanti [39]. La tecnica

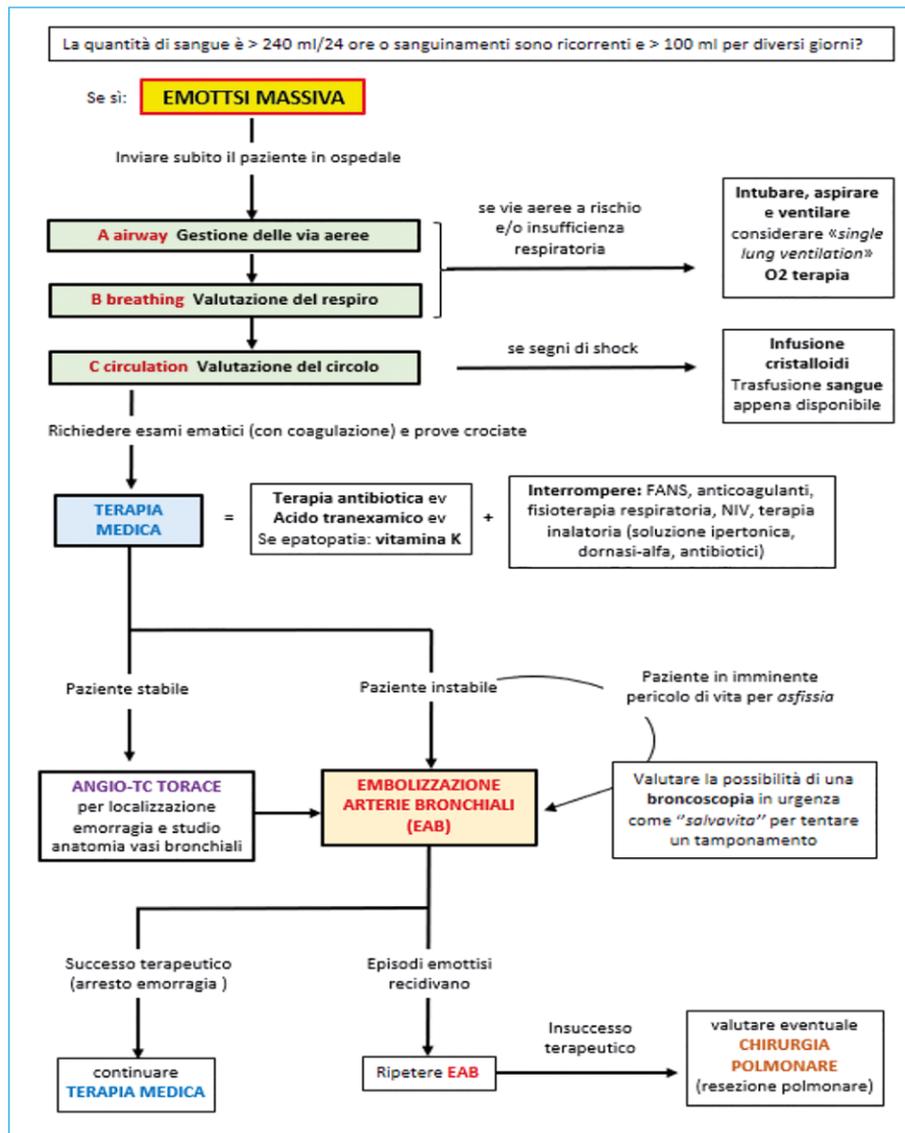


Figura 2. Algoritmo diagnostico – terapeutico per l'emottisi massiva in fibrosi cistica.

indicata oggi come “superselettiva” mira a occludere esclusivamente il vaso o i vasi responsabili del sanguinamento, preservando possibilmente la restante circolazione necessaria per il trofismo dei bronchi [40]. Il primo intervento di EAB porta al controllo dell'emorragia in una percentuale variabile dal 75 al 96% dei casi; il rischio maggiore è la ricorrenza del sanguinamento nei mesi successivi all'intervento, che varia dal 23 al 46% [39,41]. I più frequenti eventi avversi correlati alla EAB sono il dolore toracico (24-91%) e la disfagia (1-18%) che risultano autolimitantesi; più rari, ma temibili, sono gli eventi ischemici dovuti ad accidentale embolizzazione non a target (es. dell'arteria spinale anteriore) che possono provocare ischemie di vari organi (causando per esempio disturbi neurologici transitori) [16]. La gestione dell'emottisi massiva nella FC è schematizzata nella **Figura 2**. Il trattamento dell'emottisi

nella TBC è una problematica particolarmente complessa. L'EAB è la principale scelta terapeutica in urgenza, sebbene il rischio di recidiva risulti alto [42]. La **broncoscopia**, effettuata da specialisti esperti (pneumologi interventisti, otorinolaringoiatri, anestesisti) può essere utile, oltre a localizzare la sede del sanguinamento, anche ad arrestare l'emorragia. In caso di sanguinamenti imponenti il broncoscopio rigido, sebbene non riesca a raggiungere le vie aeree più periferiche, deve essere preferito in prima battuta al fibroscopio ottico, in quanto permette, oltre a un maggior controllo delle vie aeree, anche di aspirare con maggiore facilità il sangue, di effettuare manovre atte ad arrestare il sanguinamento come la semplice compressione (purché la lesione sia visibile) e di rimuovere più agevolmente eventuali corpi estranei [32]. In alcuni casi, a seconda anche dell'esperienza del centro,

la broncoscopia tramite broncoscopio rigido, può essere presa in considerazione, come *first management* per un tentativo di localizzazione e di intervento attraverso varie tecniche, come un tamponamento con palloncino (tramite catetere di Fogarty) o la somministrazione di sostanze che promuovono l'emostasi nelle vie aeree (adrenalina, vasopressina, soluzione fisiologica fredda) [32,7]. Nei pazienti con emottisi da causa conosciuta e dove la sede del sanguinamento è stata localizzata dalla TC, la broncoscopia a fibre ottiche sembra essere non necessaria prima di una EAB [42,43].

L'intervento chirurgico di resezione di un segmento/lobo polmonare deve essere preso in considerazione solamente come ultima opzione terapeutica nei casi di sanguinamento persistente nonostante l'adozione delle misure sopradescritte [44].

Prognosi

In una casistica pediatrica la mortalità successiva a un episodio di emottisi è risultata del 13% e predittori prognostici negativi risultavano essere la quantità del sangue perso e la necessità di emotrasfusioni [3]. La comparsa di emottisi è considerato un predittore di prognosi peggiore nei pazienti cardiopatici [3]. Nei pazienti con FC è riportata in letteratura una mortalità in acuto per la forma massiva di emottisi del 5-16% [45]. Tali pazienti che manifestano un episodio di emottisi massiva, hanno una più alta velocità di declino della funzione polmonare rispetto a chi non ha presentato tale complicanza e anche un incremento della mortalità nei 2 anni successivi all'episodio [16].

Conclusioni

L'emottisi nei bambini, sebbene rara e spesso non pericolosa, può potenzialmente essere un evento fatale o che conduce a un aumento delle morbilità a lungo termine. La diagnosi differenziale è ampia, tra le cause più comuni ci sono le infezioni polmonari, la fibrosi cistica e i traumatismi delle vie aeree. Per intraprendere il giusto iter terapeutico è fondamentale capire l'entità dell'episodio e la causa eziologica sottostante al sanguinamento. Le forme di emottisi *life threatening* vanno gestite come un'emergenza da un team multidisciplinare per evitare l'asfissia e/o lo shock emorragico.

✉ c.braggion@meyer.it

La bibliografia è consultabile online

Rubrica a cura di Angelo Spataro



CareToy ovvero il gioco “intelligente”

Intervista di Massimo Soldateschi* a Giuseppina Sgandurra**

*Pediatria di famiglia, Pisa

**Neuropsichiatra infantile, ricercatrice presso IRCCS Fondazione Stella Maris e Università di Pisa

Il pediatra di famiglia, nelle prime settimane di vita del bambino, deve promuovere la relazione madre/figlio iniziando con il gioco spontaneo e reciproco fatto di sguardi, di contatti fisici e di parole. Quando è bene inserire i primi giocattoli? Quali sono i primi giocattoli utili allo sviluppo?

Il primo gioco del bambino è il volto della mamma verso la quale viene attratto non solo visivamente, ma anche con funzione motoria, di protesa dei propri arti superiori, e di affettività, in una relazione interpersonale dotata di unicità. L'utilizzo di giochi fin dai primi giorni di vita, se posti in un contesto relazionale, se adeguati e fortemente contrastati (bianco/nero, giallo/rosso) possono essere un utile strumento di stimolazione dello sviluppo visivo e motorio del bambino. I giocattoli migliori sono inoltre quelli più facilmente prendibili dal bambino. È stato ampiamente dimostrato che fin dai primi giorni di vita i bambini sono in grado, una volta focalizzato visivamente un oggetto, di iniziare un movimento a carico degli arti superiori, chiamato *prereaching*.

Quali giocattoli devono essere presenti nello studio del pediatra al fine di evidenziare le difficoltà motorie come le asimmetrie, i disturbi cognitivi e della relazione?

Il pediatra deve dotarsi di un kit di almeno 3 giochi facilmente prendibili dalle mani del bambino e di colori altamente contrastati. Per esempio i giochi a forma di ciambellina con un diametro di 8-10 cm e uno spessore non superiore a mezzo centimetro rappresentano la forma di giocattolo più semplice da raggiungere e prendere. Ponendo il bambino in posizione semiseduta contenuta con il gioco sia sulla linea mediana, sia lateralmente e sia direttamente nelle mani, il pediatra può rilevare facilmente il comportamento del bambino dai tentativi di raggiungimento fino alla presa, analizzandone non solo il numero dei tentativi ma anche l'orientamento. Un altro gioco molto importante è quello a forma cilindrica, anche questo non molto spesso (al massimo 2-3 cm di diametro), contrastato nel colore e magari con dei filini in alto (tipo ca-

PELLI) al fine di valutare anche i movimenti di esplorazione più fini. Infine è molto utile una palla morbida che permette di valutare l'approccio bimanuale.

Il gruppo di cui fai parte ha portato a termine degli studi in cui si è utilizzata la tecnologia per creare giocattoli, definiti “intelligenti”, per la valutazione dei disturbi motori e per la riabilitazione nei primi mesi di vita. Di cosa si tratta? Pensi che la tecnologia possa essere utilizzata già nei primi mesi di vita? Grazie allo sviluppo di giocattoli ingegnerizzati, che apparentemente sembrano dei giochi “normali” ma che al loro interno hanno dei sensori, possiamo misurare, monitorare e promuovere le attività psicomotorie dei bambini fin dai primi mesi di vita. Per esempio, semplici giochi tipo ciambelline possono essere sensorizzati in modo tale da essere in grado di misurare quante volte il bimbo li prende, se con una o due mani, per quanto tempo li manipola e quanta forza imprime durante la presa. Inoltre se dentro il gioco vengono inseriti dei feedback sonori e/o visivi, già presenti nei comuni giochi dei bambini, ma sensorizzati e quindi tali da renderli “intelligenti”, ossia capaci di attivarsi e di fornire un feedback al bambino solo in precise condizioni (per es. se preso con due mani o per un tempo sufficiente o con una certa forza), tali giochi possono rappresentare uno strumento per la promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino.

Noi siamo partiti da tale esperienza più di dieci anni fa insieme ai bioingegneri dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, prendendo dei giocattoli commerciali (una ciambella, un fiore e una mucca) e sensorizzandoli al loro interno. Abbiamo dimostrato che era possibile misurare non solo in modo puntuale le attività di manipolazione dei bambini, ma anche seguirne le traiettorie dello sviluppo dal momento dell'emergenza della presa (intorno ai 3 mesi) e durante tutto il primo anno di vita. A quel punto ci siamo spinti oltre e abbiamo creato un vero e proprio box multisensoriale e multisensorizzato, formato da un tappeto, giochi, uno scher-

mo, un arco, luci e altoparlanti che, tramite la programmazione e il monitoraggio da remoto da parte dello staff clinico e riabilitativo, permette di fornire al bambino, direttamente a domicilio, stimoli personalizzati sulla base delle sue esigenze di sviluppo e di registrarne le attività. Con lo sviluppo di tale strumento è stato dunque possibile avviare un programma di riabilitazione intensiva domiciliare dei bambini nel primo anno di vita. Grazie quindi alla teleriabilitazione vi è un collegamento remoto tra la casa del bambino e il personale clinico che valuta e monitora il training e progetta esercizi personalizzati. CareToy è stato utilizzato per bambini a basso rischio di paralisi cerebrale infantile, bambini con sindrome di Down e attualmente viene utilizzato in bambini con lesione cerebrale.

In cosa consiste il training con CareToy?

Il training con CareToy consiste in attività di gioco multiassiali (ossia che prevedono la stimolazione di domini di sviluppo differenti quali il motorio, il visivo e il cognitivo). Sono definite attività “goal directed” in quanto vengono proposti alcuni stimoli che inducono attività motorie, visive ed esperenziali finalizzate e spontanee. Le attività sono personalizzate secondo i bisogni di ciascun bambino e il training viene svolto con i genitori. Il sistema, attraverso sensori e webcam, registra l'attività svolta dal bambino i cui dati, per mezzo della teleriabilitazione, vengono inviati al centro clinico che “da remoto” monitora l'attività svolta a casa modificandola, se necessario, e pianificandola nel corso delle settimane di intervento. Ciascuna giornata di training consiste di differenti sessioni di gioco (da 4 a 10 a seconda della durata) per una durata giornaliera complessiva di 30-45 minuti. Il training quotidiano può inoltre essere frazionato nel corso della giornata così da far svolgere le attività quando il bambino è maggiormente disponibile, ottimizzando il tempo di training. Il training con il CareToy viene proposto per 5 giorni a settimana per un periodo continuativo che può andare da 4 a 8 settimane consecutive.

La famiglia usufruisce di assistenza clinica e tecnica domiciliare nella prima settimana di training e, se necessario, anche nelle settimane successive. Si prevedono inoltre alcune sessioni frontali e contatti telefonici plurisettimanali (2-3 volte a settimana) con la famiglia allo scopo di fornire feedback sull'attività svolta.

Quali sono i risultati?

Il CareToy è stato recentemente validato come strumento per l'intervento precoce attraverso uno studio RCT (CareToy training vs cure standard), preceduto da uno studio pilota, che ha coinvolto in totale 61 bambini nati pretermine, tra 28 e 32 settimane di gestazione, che non presentavano evidenze di lesione cerebrale, considerati a basso rischio per disordini del neurosviluppo. I bambini reclutati negli studi pilota ed RCT sono stati suddivisi in due gruppi: CareToy e cure standard. I bambini randomizzati nel gruppo CareToy hanno svolto 4 settimane di training con CareToy, mentre i bambini randomizzati nel gruppo controllo hanno effettuato per lo stesso periodo le sole

cure standard. Tutti i bambini sono stati valutati con scale e questionari specifici e standardizzati, subito prima e subito dopo il periodo di trattamento. I risultati dello studio hanno evidenziato nel breve tempo un effetto positivo del training con CareToy, rispetto alle cure standard, sulla promozione dello sviluppo sia sul piano motorio che visivo [1]. Un risultato ancora più recente è anche quello della riduzione dello stress genitoriale [2].

CareToy può essere utilizzato anche per i bambini con disabilità intellettiva e con disturbo dello spettro autistico? Quali sono i vantaggi di CareToy rispetto alle terapie tradizionali e quali sviluppi sono attesi per il futuro?

Potenzialmente può essere usato in questi disturbi, ovviamente dopo averne dimostrato l'efficacia con studi clinici randomizzati. Attualmente viene utilizzato in bambini che hanno abilità motorie che vanno dall'iniziale controllo del capo fino al raggiungimento del controllo del tronco in posizione seduta. Grazie allo sviluppo di tali piattaforme di telemedicina e teleriabilita-

zione applicabili già nei primi mesi di vita, sempre più trattamenti potranno essere svolti direttamente a casa in maniera semplice e intuitiva mentre lo staff riabilitativo da remoto può pianificarli e monitorarli. In tal modo il bambino con i suoi genitori gioca spontaneamente, ma tale gioco è guidato e supervisionato da parte di personale qualificato che agisce senza alterare la relazione genitori-bambino, anzi promuovendola, in un ambiente che il bambino riconosce come sicuro e confortevole, seguendo i propri ritmi e tempistiche. Questo permette da una parte di ottenere l'intensività necessaria al trattamento e dall'altra di abbattere i costi e le distanze.

✉ spataro.angelo2014@libero.it

1. Sgandurra G, Lorentzen J, Inguaggiato E, et al. A randomized clinical trial in preterm infants on the effects of a home-based early intervention with the "CareToy System". *PLoS One* 2017;12(3).

2. Sgandurra G, Beani E, Inguaggiato E, et al. Effects on Parental Stress of Early Home-Based CareToy Intervention in Low-Risk Preterm Infants. *Neural Plast* 2019.

INDICE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 26 (1) – 2019

Newsletter pediatrica

- n.1 Previsione di malattia infiammatoria intestinale in bambini con diarrea e dolore addominale persistenti: confronto tra dosaggio fecale di Calgranulina C e Calprotectina
- n.2 Lo screening della scoliosi negli adolescenti è utile? Una revisione sistematica non chiarisce il dubbio
- n.3 M-CHAT negativa a 18 mesi e successiva diagnosi di autismo: quali sintomi sono sfuggiti? Uno studio di coorte
- n.4 La precocità dell'orchidopessi riduce il rischio di tumore al testicolo e di infertilità. Uno studio di popolazione
- n.5 Cochrane: revisioni nuove o aggiornate gennaio - febbraio 2019

Documenti

- d.1 Adolescenti e alcol in Europa nel periodo 2002-2014, report dell'OMS
Commento a cura di Franco Mazzini
- d.2 Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia - 2018
Commento a cura di Claudio Maffei
- d.3 Le nuove linee guida SIP sulla gestione dell'attacco acuto d'asma in età pediatrica
Commento a cura di Maria Elisa Di Cicco e Diego Peroni

Ambiente e salute

- a&s.1 Ambienti naturali e salute mentale

L'Articolo del mese

- am.1 Il difetto selettivo di IgA: evoluzione clinico-laboratoristica nei bambini sintomatici
Commento a cura di Enrico Valletta

Narrare l'immagine

- ni.1 Oskar Kokoschka, La sposa del vento, 1914
Descrizione a cura di Cristina Casoli
Impressioni di Fausta Matera e Antonella Lavagetto

Il *Nurturing Care Framework*. Implicazioni per l'Italia e per il lavoro dei servizi sanitari: i “punti di contatto” nei primi 1000 giorni



Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino Onlus

Il 23 maggio del 2018 è stato presentato a Ginevra il *Nurturing Care Framework for Early Child Development* (NCF), un documento che si propone di fornire indica-

zioni e raccomandazioni su come investire nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza fino al terzo anno di vita (1). L'NCF è stato prodotto dall'OMS,

dall'Unicef, dalla Banca mondiale e dalla Partnership per la Salute materno-infantile – una coalizione che raggruppa centinaia di enti di ricerca, fondazioni, ONG e società professionali – attraverso un processo di consultazione che ha coinvolto anche un ampio gruppo di esperti. La versione italiana (Figura 1) è stata curata dal CSB e presentata alla Camera nell'ottobre 2018 in collaborazione con Save the Children Italia.

L'NCF rappresenta una tappa fondamentale di un percorso conoscitivo e di esperienze iniziato più di vent'anni fa e che ha cambiato radicalmente il nostro modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (*Early Child Development*, ECD) (2-4). Questo percorso ci ha fatto comprendere da una parte i rischi e i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppo cognitivo e sociorelazionale nei primi anni e dall'altra i vantaggi degli interventi precoci, e quindi la necessità di investire maggiormente in salute, nutrizione, educazione precoce, supporto alla genitorialità responsiva e protezione sociale in questo periodo cruciale della vita (Figura 2). Questi investimenti producono ricadute lungo tutto l'arco della vita in termini di salute, competenze cognitive e sociali, percorsi scolastici e lavorativi, e riguarda-



Figura 1.



Figura 2.

TABELLA 1. Nurturing care framework: obiettivi globali e stato dell'arte in Italia

Obiettivi proposti ai Paesi	Stato dell'arte in Italia
Tutti i Paesi devono aver sviluppato un meccanismo di coordinamento nazionale e un piano per indirizzare il <i>nurturing care</i> in modo olistico.	Esiste il Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza che riconosce buona parte dei contenuti del NCF, ma non sono allocate risorse e manca un coordinamento nazionale.
Tutti i Paesi devono aver messo in atto strategie di comunicazione del <i>nurturing care</i> a livello nazionale e anche a livello comunitario e locale.	Esiste un documento del Ministero della Salute sui primi 1000 giorni ma non esiste una strategia di comunicazione sul tema. Questa, in parte e in modo non coordinato, viene svolta da singole ONG e amministrazioni comunali.
Tutti i Paesi devono aver rafforzato la capacità della loro forza lavoro di dare supporto alla genitorialità responsiva e all'apprendimento precoce, per tutte le famiglie e tutti i bambini.	Manca un piano coordinato. Esistono iniziative di singole organizzazioni e università per inserire la tematica dello sviluppo infantile precoce nei curricula di formazione e nella formazione permanente del personale sanitario e dei servizi sociali ed educativi.
Tutti i Paesi devono avere raccolto dati sulla qualità e copertura degli interventi per ognuno dei cinque componenti della <i>nurturing care</i> .	L'ISTAT raccoglie alcuni dati (salute, educazione), ma non esiste una descrizione coerente e complessiva, soprattutto nei primi anni di vita. C'è l'esigenza di saperne di più su come si sviluppano i bambini italiani nei primi anni e quali sono i fattori determinanti.
Tutti i Paesi devono aver investito nella ricerca locale per rafforzare l'attuazione e la valutazione degli interventi di <i>nurturing care</i> .	Esistono singoli progetti con componenti di monitoraggio e valutazione e di ricerca operativa (per esempio quelli finanziati dal "Fondo per il contrasto alla povertà educativa"), ma molti interventi restano privi di una valutazione dei risultati.

no i singoli individui e le comunità nel loro insieme.

I messaggi del NCF e le evidenze che lo sostengono, hanno valore universale, riguardano Paesi a basso, medio e alto reddito. I meccanismi dello sviluppo nei primi anni sono infatti gli stessi e gli stessi sono i fattori che lo ostacolano o promuovono. Ciò che cambia, da un Paese all'altro, a volte da una zona all'altra della stessa città, è la combinazione e l'intensità relativa dei rischi e delle opportunità. Variano di conseguenza le politiche e gli interventi specifici che occorre mettere in campo per consentire a tutti i bambini e tutte le bambine di poter "partire bene" nella vita, rompendo il circolo vizioso della povertà che si riproduce da una generazione all'altra e consentendo di combattere le disuguaglianze più ingiuste, quelle che si producono precocemente a danno dei bambini. Il settore dei servizi sanitari per l'infanzia, tipicamente universalistico nella gran parte dei Paesi, offre una serie di opportunità imperdibili per introdurre e supportare interventi efficaci per lo sviluppo nelle prime epoche della vita (4-5).

Rilevanza per l'Italia

Nel nostro Paese abbiamo ampia documentazione di come queste disuguaglianze siano drammaticamente presenti: accanto alla povertà materiale, che si è estesa significativamente nell'ultimo decennio, i problemi dell'infanzia e degli anni che seguono sono soprattutto la povertà educativa, l'esclusione sociale, i problemi di neurosviluppo e di salute mentale (6). Per tutti questi una buona *nurturing care* è fondamentale, in quanto capace di prevenire o ridurre lo svantaggio su più piani, da quello cognitivo a quello socioemotivo. Questo concetto di "cure che nutrono" include una combinazione di diversi apporti – quelli che curano il corpo e la salute e quelli basati su affetto, cultura ed educazione –

essenziali per indirizzare e completare quanto la natura predispone, per farci soggetti "di virtù e conoscenza", quindi pienamente umani. Nei primi anni, molti di questi apporti sono forniti dalle famiglie, e politiche e servizi sono quindi chiamati a sostenerle in questo loro ruolo. La grande enfasi che il NCF pone sul ruolo delle famiglie e delle comunità è del tutto rilevante in un Paese dove insegnanti e operatori sanitari, prima ancora che le indagini sociologiche, ci segnalano le crescenti difficoltà delle famiglie nello svolgere il loro ruolo educativo. Il supporto a famiglie e comunità, con un approccio universale, per tutti, ma proporzionale, quindi adattato ai bisogni, è dunque oggi più importante che mai. Ed è più importate che mai che sia effettuato il più precocemente possibile, quando corpi e menti si formano e le competenze di base si definiscono.

In Italia il concetto di NCF non è nuovo. Nella sostanza, è stato introdotto e perseguito dai programmi che si sono proposti la cosiddetta "umanizzazione" della nascita e delle cure, la *Developmental Individual Care* dei neonati prematuri, dai programmi tesi a introdurre elementi di promozione dello sviluppo e di supporto alla genitorialità, dai *Touchpoints* a *Nati per Leggere* e *Nati per la Musica*, al più recente GMCD (7-10). Il concetto di "nutrire la mente" è stato proposto in corsi di formazione, materiale per operatori e genitori (8). Si tratta di programmi finalizzati a promuovere una sempre maggiore e diffusa consapevolezza, sia fra le famiglie che tra gli operatori e gli amministratori pubblici, delle opportunità offerte nei primissimi anni dalla straordinaria plasticità del cervello; di quanto gratificanti e utili, anche per i genitori, possano risultare pratiche che sostengono la relazione e lo sviluppo, quali il contatto precoce alla nascita, le esperienze condivise di lettura, musica e gioco; e

di quanto sia importante ridare tempo di qualità alle relazioni precoci, difendendole dalle facili scappatoie dei passatempi digitali o dalle lusinghe dei consumismi.

Ma molte altre sono le sollecitazioni che il NCF fornisce alla comunità nazionale a fare ancora meglio, e a estendere politiche e interventi fondamentali quali la continuità delle cure nei percorsi nascita, la formazione multiprofessionale, le politiche di sostegno al reddito, e gli interventi a supporto delle famiglie, i servizi per la prima infanzia, nei quali l'Italia ha una tradizione di pensiero e di innovazione, condotta da amministrazioni pubbliche e da soggetti del privato sociale, che merita di essere messa a disposizione di tutti i bambini, a vantaggio delle comunità. Il NCF offre un utile quadro di riferimento per quanti operano nel campo dell'infanzia a tutti i livelli, da quello del governo della cosa pubblica a quello delle relazioni individuali tra operatori e famiglie, e uno stimolo ad affrontare i tanti problemi con una visione nuova, quella che nel NCF viene definita come "approccio del governo nel suo insieme" e "della società nel suo insieme", il che richiede meccanismi di confronto, collaborazione e di forte coordinamento. Non è infatti, quello della promozione dello sviluppo precoce, il compito di un solo settore, né solo della parte pubblica. Deve essere sentito come compito di tutti, condiviso nell'ideazione e nell'attuazione.

A che punto siamo

L'NCF propone una sorta di road map per i Paesi, indicando quali sono le componenti essenziali per avviare e sostenere una prospettiva NCF. Nella **Tabella 1**, presentata in occasione della presentazione del documento alla Camera, viene proposta una sintetica analisi di quanto è stato fatto e di quanto rimane da fare rispetto a queste componenti.

TABELLA 2. Tempi, azioni e punti di attacco di una applicazione del NCF in Italia

Tempi	Azioni	Servizi
Percorsi pre-parto	Introduzione delle tematiche ECD negli incontri pre-natali (dal 6° mese)	Consultori e ambulatori ospedalieri
Nascita	Attenzione ad assicurare il contatto precoce e proposta precoce del latte materno	Punti nascita
Percorsi post-parto	Introduzione di buone pratiche per lo sviluppo (BPS)	Consultori e associazioni
Vaccinazioni	Informazione e recall sulle buone pratiche	Servizi vaccinali e operatori coinvolti
Bilanci di salute (e altre occasioni di contatto con genitori e bimbi)	Introduzione di BPS e valutazione e promozione sviluppo come parte integrante dei bilanci	Pediatria di famiglia
Ospedalizzazioni e cure per patologie croniche e follow-up dei neonati prematuri	Integrare sistematicamente gli aspetti medici con il supporto a genitorialità e BPS	Servizi specialistici e pediatria di famiglia
Supporto educativo e sociale	Proposta di BPS con dialogo e coinvolgimento delle famiglie; punti lettura, punti luce, villaggi	Nidi e servizi integrativi, baby sitter, biblioteche, musei e altri servizi culturali, terzo settore
Tempo libero	Informazione e proposta di BPS	Giardini, luoghi di svago, esercizi commerciali, media and social, associazioni sportive e religiose
Tempo di lavoro	Coinvolgimento delle imprese su formazione lavoratori-genitori	Imprese (nell'ambito della <i>corporate social responsibility</i>) e terzo settore

I possibili punti di contatto del NCF

La **Tabella 2** propone una serie di “punti di contatto” che è appropriato definire, in omaggio al significato per cui è stato utilizzato questo termine da un pediatra e specificamente per il lavoro di sostegno ai genitori, proprio come *touchpoints*. Non pretende di essere un elenco esaustivo, ma semplicemente di dare un’idea dell’estensione delle opportunità, delle azioni e degli attori possibili. Ancor più che un elenco di interventi, l’NCF è una prospettiva che affronta l’oggi e il domani dei bambini in una visione che è olistica e universalistica.

Due esempi tra i tanti possibili. Il primo si riferisce a un gruppo specifico di bambini, quelli nati troppo presto o con problematiche importanti. Attualmente, nella grande maggioranza dei casi, i bambini nati prematuri, con un rischio moderato o alto (indicativamente prima della 33° settimana) possono usufruire di una buona o ottima assistenza sia nelle TIN che una volta dimessi per quanto riguarda il follow-up medico. Lo stesso si può dire per bambini affetti da patologie genetiche o acquisite importanti. Altrettanto spesso, tuttavia, questa assistenza non riesce a includere una componente di supporto alle famiglie e allo sviluppo del bambino, aspetti che peraltro influiscono su quotidianità, qualità di vita e prospettive future non meno degli aspetti strettamente medici. Ecco, questa è una tematica che va affrontata in modo più completo. Non si tratta infatti solo di “aggiustare” sistemi e meccanismi biologici o di metterli in grado di funzionare, si tratta di lavorare con persone nella loro interezza, sia i bambini che i loro genitori, che vivono le conseguenze, a volte molto pesanti, di eventi avversi. Il secondo esempio si riferisce a modalità possibili di

proposta integrata di servizio alle famiglie. Tra i molti progetti che si propongono un’offerta socioeducativa, i presidi del progetto “Un villaggio per crescere”, finanziati grazie al “Fondo per il contrasto alla povertà educativa” e attivati in aree disagiate del Paese, rappresentano consapevolmente l’applicazione della filosofia NCF, ivi compresa l’attenzione più selettiva per gruppi di popolazione che, per vari motivi, soffrono di mancanza di opportunità: pochi servizi, difficoltà economiche, emarginazione sociale ecc.

Per attuare il NCF in realtà e con tempi diversi sono necessari alcuni requisiti e strumenti: a) la formazione curricolare in ECD dei diversi operatori coinvolti; b) la formazione in-service, idealmente multiprofessionale degli stessi; c) la definizione di accordi di programma tra servizi e settori; d) l’inserimento di elementi ECD e NCF nei contratti nazionali (per esempio per la PdF, ma anche per educatori, assistenti sociali ecc.); e) l’integrazione di alcuni servizi di supporto alle famiglie nei LEA. Una strada, come si può facilmente capire, lunga e complessa, ma che è necessario intraprendere, magari, inizialmente, a livello locale, in quanto le amministrazioni locali, e altri soggetti locali, quali fondazioni e associazioni, possono costituire un interlocutore più raggiungibile, più attento, e in parte meno soggetto alle forti volatilità della politica nazionale. Molto possono fare in questa direzione anche le associazioni professionali. L’NCF, se ci pensiamo, è un documento pienamente coerente alla missione dell’ACP.

✉ tamburlini@csbonlus.org

1. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. Nurturing Care for Early Childhood Development: a Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. World Health Organization, 2018 (disponibile in versione italiana su www.csbonlus.org).
2. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102.
3. Black ME, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017;389(10064):77-90.
4. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):103-18.
5. Engle P, Young ME, Tamburlini G. The role of health sector in early child development, in: Britto P, Engle P, Super B (Eds). *Handbook of early child development research and its impact on global policy*. Oxford University Press, 2013.
6. Rapporti della Rete italiana per il monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza (2015-2017); III Rapporto Supplementare all’ONU 2016-17 (www.crcnet.it).
7. Davidson A, Guzzetta A, Prosperi D, et al. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. *Quaderni ACP* 2012;19:169-74.
8. Alushaj A, Tamburlini G. Come nutrire la mente del vostro bambino. Centro per la Salute del Bambino, 2018.
9. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics* 2008;121(3):581-9.
10. Tamburlini G, Ertem I. Guide for Monitoring Child Development. *Medico e Bambino* 2019;38:91-6.

Regionalismo differenziato: il colpo di grazia all'universalismo del SSN?

Nino Cartabellotta

Presidente GIMBE

In attuazione dell'art. 116 della Costituzione, che attribuisce alle Regioni a statuto ordinario "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" sulla base di un'intesa con lo Stato, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avevano sottoscritto al fotofinish con il Governo Gentiloni accordi preliminari sul regionalismo differenziato. Il Contratto per il Governo del Cambiamento ha ribadito come "questione prioritaria (...) l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte". Nel frattempo, altre 7 Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) hanno conferito ai Presidenti il mandato di avviare il negoziato; Basilicata, Calabria e Puglia sono alla fase iniziale dell'iter, mentre solo Abruzzo e Molise non risultano aver avviato iniziative formali. Dal punto di vista legislativo, una volta stabi-

lita l'intesa, il Governo formulerà il DDL che dovrà essere approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

In un quadro di crescenti autonomie regionali la cartina al tornasole della tenuta dello stato sociale è rappresentata dalla sanità dove già oggi il diritto costituzionale alla tutela della salute, affidato a una leale collaborazione tra Stato e Regioni, è condizionato da 21 sistemi sanitari che generano disuguaglianze sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia soprattutto negli esiti di salute. In questo contesto, l'attuazione tout court dell'art. 116 non potrà che amplificare le disuguaglianze di un Servizio Sanitario Nazionale, oggi universalistico ed equo solo sulla carta.

In altre parole, senza un contestuale potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, il regionalismo differenziato legittimerà il divario tra Regioni, in particolare tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini. Infatti, le

maggiori autonomie richieste dalle 3 Regioni sulla tutela della salute lasciano intravedere conseguenze spesso imprevedibili: dalla rimozione dei vincoli di spesa in materia di personale all'accesso alle scuole di specializzazione; dalla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" per i medici agli accordi con le Università; dallo svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del SSR; dalla richiesta all'AIFA di valutazioni tecnico-scientifiche sull'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci agli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSR, sino all'autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. Ulteriori autonomie per Emilia-Romagna (distribuzione diretta di farmaci) e Veneto che punta alla gestione del personale: regolamentazione dell'attività libero-professionale e definizione di incentivi e misure di sostegno per i dipendenti del SSR in sede di contrattazione collettiva.

In questo inquietante scenario l'assistenza pediatrica non è immune dall'imprevedibilità delle conseguenze, tanto più che il punto di partenza è ancora una volta rappresentato da notevoli differenze regionali, come dimostrato dal report della Fondazione GIMBE sulle coperture vaccinali [1] (Figura 1).

Per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute, la Fondazione GIMBE ha lanciato una consultazione pubblica [2] per stimare l'impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle disuguaglianze regionali (scala 1-4 da minimo a massimo). Alla consultazione hanno partecipato 3920 persone, un campione rappresentativo della popolazione italiana con un margine di errore inferiore all'1,6%, e sono pervenuti 5610 commenti. Dai dati quantitativi e dall'analisi preliminare dei commenti è emerso che:

- l'esigua percentuale di "non so" (range 2-8,2%) e l'elevato numero di commen-

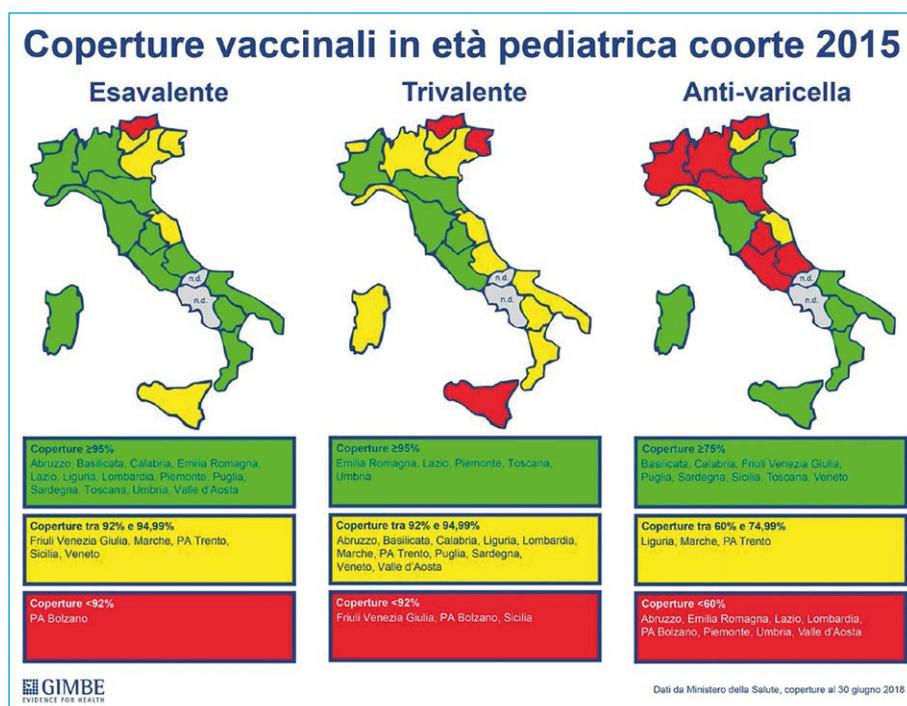


Figura 1.

TABELLA. Risultati della consultazione pubblica lanciata dalla Fondazione GIMBE “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana”

Autonomia	Media	Non so	Commenti
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale	3,4 (± 0,9)	4,3%	n. 640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione	3,3 (± 0,9)	3,3%	n. 540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro”	3,2 (± 1,0)	7,9%	n. 510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l’integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [Emilia-Romagna e Veneto], per rendere possibile l’accesso dei medici titolari del contratto di “specializzazione lavoro” alle scuole di specializzazione [Emilia-Romagna e Veneto], per l’avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” [Lombardia]	3,2 (± 1,0)	6,4%	n. 470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (± 1,0)	2%	n. 490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (± 1,0)	4,1%	n. 440
Possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci	3,2 (± 1,0)	6,1%	n. 510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN	3,1 (± 1,0)	4,8%	n. 360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (± 0,9)	3,6%	n. 440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell’attività libero-professionale [solo Veneto]	3,4 (± 0,9)	7,4%	n. 360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [solo Veneto]	3,0 (± 1,1)	8,2%	n. 390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [solo Emilia-Romagna]	3,0 (± 1,1)	10,5%	n. 460

- ti riflette un campione composto prevalentemente da stakeholder della sanità;
- l’impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle disuguaglianze regionali viene percepito rilevante (media 3,0-3,4%), con deviazioni standard omogenee tra le diverse autonomie (0,9-1,1%);
 - tra le preoccupazioni più frequenti: imprevedibilità delle conseguenze, ulteriore spaccatura Nord-Sud, aumento del divario tra Regioni ricche vs povere, differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute;
 - le numerose proposte per “mitigare” i possibili effetti collaterali delle maggiori autonomie in sanità puntano sostanzialmente in due direzioni: aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni e meccanismi di solidarietà tra Regioni.

Seppur limitati alla sanità questi risultati suggeriscono che il regionalismo differenziato deve essere “maneggiato con cura” con l’irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire i diritti civili a tutti i cittadini sull’intero territorio nazionale [3]. Ecco perché la Fondazione GIMBE ha invitato tutte le forze politiche a mettere da parte posizioni superficiali e sbrigative e ad avviare un vero dibattito, favorendo la più ampia partecipazione della società civile. Se al momento nessun confronto pubblico è stato avviato, indubbiamente la corsa al regionalismo differenziato ha subito una brusca battuta d’arresto, in particolare per le conseguenze che potrebbe avere sulla tutela della salute, come rilevato – oltre che dalla Fondazione GIMBE – anche dalla FNOMCeO, dalle associazioni dei cittadini e della stessa Ministra della Salute.

1. Vaccinazioni in età pediatrica: impatto dell’obbligo sulle coperture vaccinali in Italia. Fondazione GIMBE 2019. www.gimbe.org/coperture-vaccinali-2018 (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

2. Regionalismo differenziato, il warning della Fondazione GIMBE sul rischio disuguaglianze. Al via una consultazione pubblica. Sanità 24 2019;6 febbraio. www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-02-06/regionalismo-differenziato-warning-fondazione-gimbe-rischio-disuguaglianze-via-consultazione-pubblica-093121.php?uuid=AF9BvXI (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

3. Gobbi B. Autonomie regionali, gli esperti bocciano il capitolo sanità. Il Sole 24 Ore 2019;18 febbraio. www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-02-18/autonomie-regionali-e-sperti-bocciano-capitolo-sanita-104243.shtml?uuid=ABm7pRVB (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

✉ nino.cartabellotta@gimbe.org

Commento a cura di Paolo Siani

Pediatra, Napoli e Past President ACP

Al termine della precedente legislatura, esattamente il 28 febbraio 2018, è stato firmato l'accordo preliminare sulla cosiddetta "autonomia differenziata" tra il Governo e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

Si tratta del riconoscimento di forme e condizioni particolari di autonomia previsti dall'art. 116 della Costituzione, terzo comma. Le Regioni Lombardia e Veneto hanno chiesto competenze (e quindi anche risorse) su 23 materie, l'Emilia-Romagna su 12; 5 i tavoli già aperti (su sanità, istruzione, ambiente, lavoro, rapporti con l'Europa); bisognerà poi lavorare sugli altri 18.

L'accordo preso il 28 febbraio dell'anno scorso dovrà passare al voto dell'attuale Parlamento e avrà durata decennale e potrà essere rinnovato; dopo 8 anni si farà una prima valutazione.

Le 3 Regioni non chiedono più risorse da Roma, ma più risorse trattenute alla fonte per la gestione di alcune competenze e per garantire alcune peculiarità.

Sostengono che si dovrà determinare il superamento della spesa storica per passare ai costi standard. Questa è una opportunità per tutte le Regioni, sostengono.

Ebbene, ma se non si definiscono prima i livelli essenziali di prestazione e ci si accerta che vengano raggiunti da ogni Regione,

l'attuazione di questi accordi può determinare un grave danno per le Regioni meridionali. In altre parole non si può far finta di non vedere le disuguaglianze sociali e sanitarie che esistono nel nostro Paese.

Il treno Freccia Rossa, che collega l'Italia da Sud a Nord, è un simbolo perfetto del livello delle disuguaglianze nella salute nel nostro Paese. Partendo da Napoli, dove la speranza di vita è di 81 anni, man mano che si va verso il Nord questa aumenta fino ad arrivare a Milano, dove la stessa raggiunge gli 83 anni.

Inoltre dal 2005 l'aspettativa di vita di un abitante del Trentino è aumentata di 18 mesi rispetto a quella di un calabrese.

Anche i livelli essenziali di assistenza (LEA) in campo sanitario si modificano da Sud a Nord. In Piemonte il punteggio LEA è di 221, in Veneto ed Emilia-Romagna 218, in Sicilia 160, in Campania 153, in Calabria 136.

Inoltre la spesa sociale in un paesino di circa 3000 abitanti in provincia di Catanzaro è di 109 euro, mentre per un paesino con lo stesso numero di abitanti ma in provincia di Parma è di 257 euro per abitante. Basterebbero questi pochi dati per capire quanto sia importante in questo momento storico in cui si parla dell'autonomia differenziata richiesta da tre grandi Regioni del

Nord porre al centro del dibattito la questione meridionale.

Prima di discutere infatti di autonomia differenziata è necessario che tutti i cittadini, a Vibo Valentia o a Cuneo, abbiano le stesse opportunità, gli stessi diritti, gli stessi servizi o quanto meno lo stesso livello essenziale di prestazione.

Oggi è evidente e sotto gli occhi di tutti, di chiunque attraversa l'Italia con la Freccia Rossa, che così non è.

Se finalmente vengono stabiliti i livelli essenziali delle prestazioni, secondo cui per esempio la percentuale di bambini che deve frequentare l'asilo nido è del 33% come stabilito dall'Europa, avremo, in base alla perequazione stabilita dalla Costituzione, finanziamenti adeguati al Sud per consentire almeno a 1/3 dei bambini meridionali di poter frequentare l'asilo nido. Esattamente come accade oggi per i bambini del Nord.

L'assenza dei livelli essenziali delle prestazioni determina distorsioni evidenti tra le varie aree del Paese: chi non ha mai usufruito di servizi, perché impossibilitato, continua a non averne; chi, invece, ce li ha già, viene premiato con maggiori finanziamenti.

Occorre al contrario concretamente puntare all'affermazione del principio di



Malattia di Kawasaki e rischio di coronaropatia: Asia ed Europa non sono uguali

Il coinvolgimento delle arterie coronarie è la complicanza più temibile della malattia di Kawasaki (MK) e si verifica nel 15-25% delle MK non trattate. La terapia precoce con immunoglobuline endovena (IGEV) ne ha ridotto sensibilmente la prevalenza e, tuttavia, il 10-15% dei bambini con MK non risponde alle IGEV e rappresenta un sottogruppo di pazienti a rischio particolarmente elevato di coronaropatia. Diversi gruppi di ricercatori asiatici (in Asia la MK è 10-20 volte più frequente che nei Paesi occidentali) hanno proposto score clinici con l'obiettivo di individuare i potenziali non-responders da trattare con terapia antinfiammatoria aggiuntiva (corticosteroidi, fondamentalmente). Sembra, peraltro, che questi score non funzionino altrettanto bene nelle popolazioni caucasiche. Uno studio multicentrico italiano (Eur J Pediatr 2019;178:315-22) ha verificato retrospettivamente l'affidabilità di tre score proposti in letteratura - Kobayashi (KS), Egami (ES) e Formosa (FS) - in 257 bambini con MK (90% caucasiche). Nel 16.7% dei casi si è verificata una non risposta alle IGEV con un rischio significativamente maggiore di coronaropatia in questo gruppo rispetto a quello dei responders (37.2% vs 19.6%, $p < 0,01$). Sfortunatamente nessuno dei tre score testati ha mostrato una sufficiente affidabilità nell'individuare i pazienti che non avevano risposto alle IGEV. Sensibilità e specificità per il KS sono state rispettivamente 64% e 62,5% (VPN 89,3%, VPP 26,2%), per l'ES 41,4% e 77,4% (VPN 87,9%, VPP 25%) e per il FS 70,8% e 44,9% (VPN 85,1%, VPP 25,8%). Interessante notare che nei pochi ($n=7$) pazienti asiatici presenti nella casistica, il KS ha mostrato una sensibilità del 100% e una specificità del 75%.

Questi dati sembrano confermare che gli score asiatici, proposti per individuare i bambini con MK a rischio di non risposta e quindi di coronaropatia, non funzionano altrettanto bene in Occidente, probabilmente per una diversa predisposizione genetica o una diversa espressività clinica e laboratoristica della malattia. Anche l'effetto protettivo della terapia antinfiammatoria aggiuntiva con corticosteroidi attende una conferma definitiva nei bambini non-asiatici così come l'ha avuta nei bambini asiatici (JAMA Pediatr 2016;170:1156-63). In sintesi, c'è necessità di sapere di più sulla MK dei Paesi occidentali, perché l'obiettivo (la prevenzione della coronaropatia) è rilevante e gli strumenti oggi a nostra disposizione ancora troppo imprecisi.

Enrico Valletta

“equità orizzontale” di cui parlava il Premio Nobel per l’Economia James M. Buchanan.

Nel libro *La salute disuguale*, Michael Marmot evidenzia che la povertà non è un destino e nulla di ciò che riguarda le iniquità di salute è inevitabile. Le disuguaglianze di salute nascono dalle disuguaglianze nella società e solo intervenendo sui determinanti sociali è possibile ridurre la palese e ingiusta differenza nella distribuzione della salute che esiste sia tra Paesi sia all’interno di uno stesso Paese. Con quello che lui chiama “ottimismo basato sulle prove”, occorre mettere in pratica tutti gli interventi possibili per ridurre le disuguaglianze a tutti i livelli.

Come ci hanno insegnato Muhammad Yunus, ideatore e realizzatore del microcredito moderno e Premio Nobel per la Pace nel 2006, e Amartya Sen, Premio Nobel per l’Economia nel 1998, gli interventi sulle famiglie povere per avere effetti concreti non devono basarsi solo su risorse economiche ma necessitano di politiche sociali efficaci.

Tutte le disparità che si possono evitare, non solo di salute, sono ingiuste. E basta questo per dire che vanno combattute. Noi abbiamo il dovere di provarci.

È davvero in gioco, non da ora, il futuro del nostro Paese considerato nella sua unitarietà. Basti pensare, per soffermarci ancora sull’ambito della sanità e del welfare, che la ripartizione del fondo sanitario nazionale, pari a 118 miliardi, viene effettuata secondo vari parametri, il più importante dei quali è rappresentato dalla popolazione anziana. La Campania, che è una regione giovane con un’alta percentuale di persone tra 0 e 17 anni, riceve quindi minori risorse, anche se ha il più alto tasso di povertà, di mamme teenager e di genitori con livello di istruzione uguale o inferiore alla terza media, condizioni che, come è scientificamente provato, influenzano lo stato di salute.

E se valutiamo alcune malattie, per esempio il diabete che ha una prevalenza in Piemonte del 4,5% e in Campania del 6,7% e poi la mortalità per tumore che in Piemonte è di 9,3 per 10.000 residenti 20-64 anni e in Campania si attesta a 10,7, si comprende come è una priorità investire più ri-

sorse per ridurre queste insopportabili disuguaglianze.

Pertanto, seguendo quanto afferma l’art. 119 della Costituzione, cioè garantire la coesione e la solidarietà colmando il divario di sviluppo e di reddito, è necessario prevedere un fondo perequativo che consenta alle Regioni meridionali di colmare il gap, non soldi a perdere sia chiaro ma finalizzati al raggiungimento di precisi obiettivi, con il monitoraggio del Governo sui Presidenti di Regione.

In conclusione è di primaria importanza ragionare prima sui livelli essenziali di prestazioni e ridurre (per poi abolire) le disuguaglianze tra le varie Regioni prima di avanzare proposte di federalismo regionale.

Si rischia di acuire in maniera definitiva e irreversibile la distanza che separa il Mezzogiorno dal Settentrione: se passa l’autonomia differenziata, nascere e vivere al Sud potrebbe significare avere meno diritti. E i nostri giovani avranno meno futuro. L’Italia non sarà più una.

✉ siani_p@camera.it



E-book o albo illustrato per la seconda infanzia?

Che ci piaccia o no, i dispositivi elettronici sono entrati in modo prepotente in tutte le pratiche di accudimento genitoriali, dalla consolazione automatizzata del bebè tramite infant seat con controllo bluetooth ai libri digitali. Questi ultimi, poi, stanno godendo di una espansione di mercato a ritmi esponenziali: ma come funzionano? Non c’è una risposta completa e definitiva a questa domanda perché sono molte le variabili da considerare e mancano studi scientifici esaustivi a misurare gli effetti positivi o negativi nelle interazioni dei bambini con i media in diversi momenti dello sviluppo (*Pediatrics* 2015;135:1-3), anche se una revisione della letteratura sull’argomento auspica la creazione di e-book interattivi che possano sostenere lo sviluppo del linguaggio in alcune specifiche situazioni (*Developmental Review* 2015;35:79-97). Tuttavia, è di oggi la pubblicazione di uno studio che ha comparato la modalità di relazione tra genitore e figlio durante la lettura di un libro elettronico su tablet e un libro cartaceo. 37 genitori e i loro figli di 24-36 mesi hanno letto un e-book interattivo, un e-book non interattivo e, infine un tradizionale albo illustrato. Il tempo dedicato dalla diade per ogni lettura è stato di 5 minuti e i ricercatori hanno valutato, tramite registrazione video, l’interazione tra genitore e bambino misurando la lettura dialogica, la lettura non dialogica, le verbalizzazioni riguardanti il supporto cartaceo o tablet, le verbalizzazioni negative (ad esempio: “non toccare qui”, “lascia stare il pulsante”), e le interazioni non verbali come la condivisione degli stati emotivi e l’esperienza di collaborazione e di influenza reciproca durante la lettura. Le misurazioni, effettuate su intervalli di 10 secondi di analisi del video, hanno mostrato una più elevata interazione verbale positiva del genitore e del bambino nella lettura tradizionale, mentre i risultati peggiori sono stati ottenuti dalla lettura del libro elettronico interattivo, nel quale la conversazione era disturbata ad esempio dal tocco sull’oggetto o personaggio che produceva un rumore o l’audio della parola corrispondente, oppure un suono ambientale riferito alla scena rappresentata a ogni apertura di pagina. La condivisione degli stati emotivi era simile in tutte e tre le esperienze di lettura mentre l’atteggiamento di reciproca collaborazione era massima durante la lettura del libro tradizionale (*Pediatrics* 2019;143(4) e20182012). Quindi, se vogliamo esaltare al massimo la funzione genitoriale di scaffolding, è bene consigliare il libro tradizionale sia per il coinvolgimento verbale che non verbale della diade: il tempo dedicato dall’adulto in una interazione calorosa non è ancora sostituibile da un dispositivo elettronico.

Costantino Panza

Ingrassa, ma non cresce...



Brunetto Boscherini*, Salvatore Scommegna**

*Già Ordinario di Pediatria, Università di Roma Tor Vergata

**Direttore UOC Pediatria, Ospedale G.B. Grassi, ASL RM3

Arianna, 5 anni, viene inviata dal pediatra di famiglia per comparsa negli ultimi 2 anni di obesità ingravescente. I genitori riferiscono inoltre iperfagia e da circa 6 mesi comparsa di modesta peluria pubica. All'anamnesi familiare si segnalano una zia paterna obesa e il nonno paterno iperteso. Bersaglio genetico al 90° centile (genitori entrambi alti); epoca di sviluppo puberale fisiologica in entrambi i genitori. Primogenita, nata a termine da parto spontaneo, peso neonatale 3500 grammi. Periodo neonatale regolare, tappe dello sviluppo psicomotorio raggiunte in epoca fisiologica.

Ha contratto varicella e morbillo. I genitori negano assunzione di farmaci. I genitori portano in visione le precedenti misure di peso e altezza prese regolarmente dal pediatra di famiglia: analizzando le curve di crescita, emerge un progressivo incremento ponderale, associato a un rallentamento della velocità di crescita staturale: negli ultimi 2 anni di vita la statura è passata dal 90° al 50° centile, il peso dal 50° a oltre il 97° centile (Figura 1). All'esame obiettivo, Arianna presenta (Figura 2A): facies lunare, lieve gibbo, eccesso di tessuto adiposo a distribuzione prevalentemente centrale, acanthosis nigricans in sede ascellare e retroracale, livedo reticularis su cosce e vol-

to, assenza di strie rubre, pubarca II stadio, adipomastia, PA 120/60 mmHg.

Aumento progressivo del peso: come procedere?

Nella maggioranza dei casi l'aumento progressivo del peso è dovuto a modificate e scorrette abitudini alimentari e/o a uno stile di vita eccessivamente sedentario.

Tuttavia, se l'obesità si associa a rallentamento dell'accrescimento staturale, dopo aver escluso condizioni genetiche come, per esempio, la sindrome di Prader-Willi, si devono sospettare patologie endocrine, come la sindrome di Cushing, l'ipotiroidismo, il deficit di GH, lo pseudoipoparatiroidismo. È importante sapere che la sindrome di Cushing può esordire con questo pattern auxologico e che eccezionalmente il deficit staturale può precedere l'eccessivo incremento ponderale.

È quindi opportuno eseguire un primo screening con esami di laboratorio, che possono in alcuni casi essere diagnostici o comunque orientare i successivi approfondimenti da parte dello specialista (Tabella 1).

Ritorniamo alla nostra bambina

Il quadro clinico di Arianna è fortemente suggestivo di una sindrome di Cushing, e pertanto vengono richiesti i seguenti esami di laboratorio:

- cortisolo libero urinario 493 mcg/24 ore (valore normale < 75); questo esame viene ripetuto per altre due volte, con esito sovrapponibile;

- cortisolemia alle ore 8.00 17 mcg/dl (v.n. 5-25);
- ACTH alle ore 8 < 5 pg/ml (v.n. 10-50);
- testosterone 72 ng/dl (v.n. < 20);
- 17- α -OH-Progesterone 250 ng/dl (v.n. < 80);
- DEAS 790 mcg/dl (v.n. < 500-600 mcg/dl);
- glicemia 89 mg/dl.

Aumento del cortisolo libero urinario, ACTH basale soppresso, testosterone e DEAS solo moderatamente elevati indicano un ipercortisolismo associato a un modesto iperandrogenismo (sia clinico che di laboratorio), e pertanto fanno sospettare un'origine surrenalica e non ipofisaria dell'ipercortisolismo. In effetti l'imaging delle logge surrenaliche (ecografia, poi RM) documenta una neoformazione del diametro di 5 cm nel contesto del surrene sinistro, senza caratteri infiltrativi e senza lesioni extrasurrenaliche.

Si decide per l'intervento chirurgico: allo scopo di prevenire un ipocortisolismo acuto da sospensione brusca della secrezione di cortisolo, viene iniziata nel periodo perioperatorio una terapia cortisonica a dosi sostitutive, che viene sospesa 40 giorni dopo l'intervento. La bambina viene sottoposta a intervento di surrenectomia sinistra per via laparoscopica. L'esame istologico conferma la natura benigna della lesione (adenoma corticale del surrene).

Si assiste a graduale scomparsa, nel giro di pochi mesi, del fenotipo cushingoid;

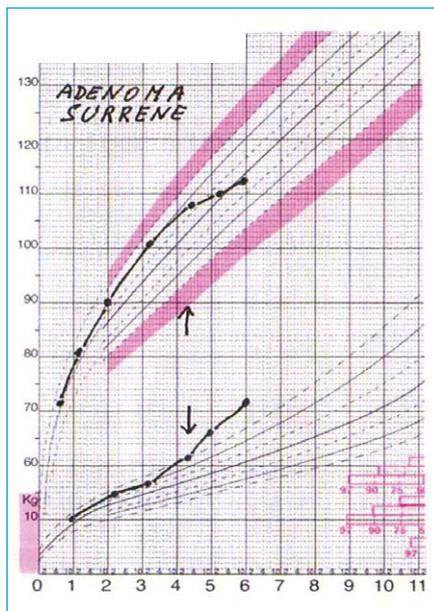


Figura 1. Nel corso di 2 anni la curva di crescita staturale subisce una netta deflessione mentre è evidente l'incremento ponderale.

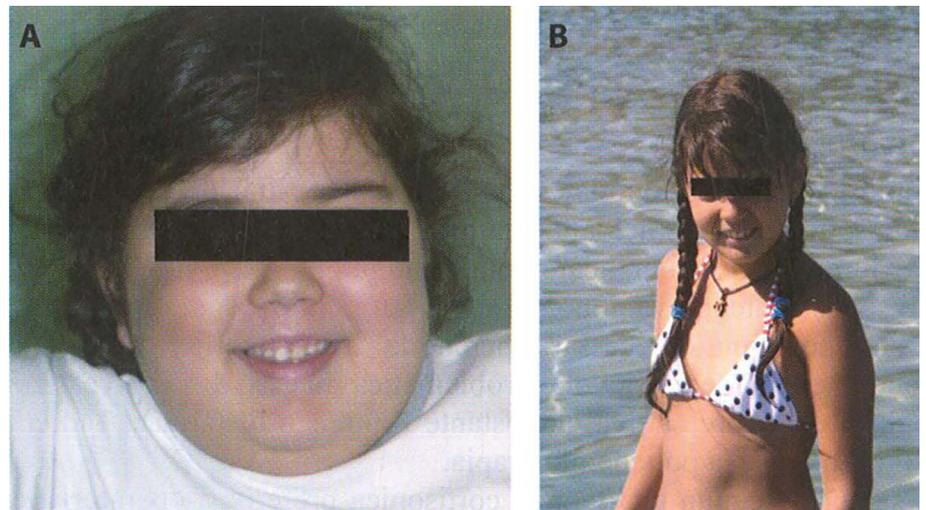


Figura 2. Arianna, affetta da adenoma surrenalico, prima (A) e dopo (B) l'intervento di surrenectomia.

TABELLA 1. Esami nel sospetto di obesità di origine endocrina

FT4, TSH × ipotiroidismo
IGF-1 × deficit di GH
Calcemia, fosforemia, PTH × pseudoipoparatiroidismo tipo 1a
Cortisolo libero urinario × sindrome di Cushing
Cortisolemia e ACTH basali × sindrome di Cushing
Visita genetica con eventuale test di metilazione di 15q11-q13 × sindrome di Prader-Willi

si verificano inoltre una crescita di recupero con ritorno a una statura in linea con il bersaglio genetico, e la regressione dell'obesità (Figura 2). Il test all'ACTH, eseguito per due volte, documenta una normale secrezione di cortisolo basale e dopo stimolo, nonostante l'asportazione di uno dei due surreni.

Nel corso del follow-up, durato 12 anni, la paziente non ha presentato recidive, l'accrescimento staturo-ponderale è stato regolare, con raggiungimento di statura finale di cm 167, in linea con il bersaglio genetico; lo sviluppo puberale si è verificato in epoca fisiologica, con menarca a 12 anni.

Arianna ha ora 18 anni e pratica da alcuni anni sport a livello agonistico.

Ipercortisolismo in età pediatrica: di cosa si tratta?

L'ipercortisolismo in età pediatrica nella maggioranza dei casi è di origine esogena, per somministrazione prolungata di un cortisonico, di regola per via orale. Anche una prolungata somministrazione topica per via cutanea (ma non aerosolica), può esserne la causa. L'ipercortisolismo endogeno è invece molto raro in età pediatrica. Nei primi 5 anni di vita (è stato osservato anche nel primo anno di vita) prevalgono le forme di origine surrenalica, mentre in età peripuberale e adolescenziale quelle di origine ipofisaria (malattia di Cushing, o sindrome di Cushing ACTH-dipendente). Rarissime in età pediatrica le forme da ACTH ectopico o da displasia nodulare surrenalica (Tabella 2).

L'adenoma e il carcinoma del surrene sono la causa più frequente dell'ipercortisolismo, isolato o associato a iperandrogenismo. L'adenoma del surrene è caratterizzato, dal punto di vista clinico, dalla prevalenza dei segni di ipercortisolismo, mentre sono assenti o modesti quelli da iperandrogenismo. Al contrario, nel carcinoma di solito sono preminenti le manifestazio-

ni cliniche dell'iperandrogenismo, con livelli di androgeni molto elevati. L'imaging aiuta a differenziare le due condizioni, anche se la diagnosi definitiva è istologica.

La diagnosi di ipercortisolismo viene posta, seppure con qualche difficoltà, con indagini di laboratorio. Un buon test di screening è la misurazione del cortisolo libero urinario nelle urine delle 24 ore, indice della secrezione complessiva di cortisolo nell'arco della giornata. I risultati di laboratorio vanno sempre confermati per 2-3 volte e i valori trovati, per essere significativi, devono essere molto superiori al limite massimo del range di normalità in quanto un loro modesto aumento si può trovare anche nel soggetto obeso. Inoltre si deve considerare che il test risulta falsamente negativo in circa il 10% dei casi. Il dosaggio dell'ACTH basale orienta invece verso la diagnosi di sede dell'ipercortisolismo: livelli soppressi (< 5 pg/ml) indicano una ipersecrezione autonoma di cortisolo surrenalico, mentre livelli "inappropriatamente normali" o elevati sono suggestivi dell'origine ipofisaria o ectopica (di solito di natura neoplastica) dell'ipercortisolismo.

Esami di conferma sono: il test di soppressione con desametasone (si dosa il cortisolo alle h 8.00 dopo assunzione di desametasone alle h 23.00 del giorno precedente e sono patologici livelli di cortisolo > 1,8 mcg/dl); il ritmo circadiano del cortisolo, che va praticato in ambiente ospedaliero e sono diagnostici valori di cortisolemia alle h 23.00 > 5-7,5 mcg/dl, e comunque > 50% del valore della mattina.

Tuttavia anche questi due test possono a volte dare risposte falsamente positive o negative per cui, in caso di dubbio, si deve ricorrere a test più complessi (test di soppressione con basse o alte dosi di desametasone, test di stimolazione dell'ACTH con CRH), cateterismo dei seni petrosi per la forma ACTH-dipendente, necessario per documentare la sede del microadenoma ipofisario – parte destra *vs* parte sinistra.

La prognosi dell'adenoma surrenalico è benigna; non si verificano recidive. Prima dell'intervento chirurgico la produzione eccessiva di cortisolo da parte del tumore sopprime la secrezione endogena di ACTH, e di conseguenza la secrezione di cortisolo da parte del surrene sano, per cui è necessaria una terapia con cortisonici a dosi sostitutive nel periodo perioperatorio, da prolungare per alcune settimane dopo l'intervento. Successivamente la presenza di un solo surrene normofunzionante è

TABELLA 2. Cause di sindrome di Cushing in età pediatrica

Ipofisarie
- Microadenoma, macroadenoma ipofisario ACTH secernente (malattia di Cushing)
Surrenaliche
- Adenoma surrenalico
- Carcinoma surrenalico
- Iperplasia surrenalica nodulare bilaterale primaria isolata
- Iperplasia surrenalica nodulare bilaterale in corso di condizioni sindromiche (S. McCune-Albright, Complesso Carney, MEN-1)
Ectopiche
- Secrezione ectopica di ACTH da parte di carcinoidi o tumori maligni
- Secrezione ectopica di CRH da parte di carcinoidi o tumori maligni
Iatrogene
- Terapia prolungata con corticosteroidi per via sistemica o cutanea
- Factitia

sufficiente ad assicurare una normale attività surrenalica. La ripresa della crescita staturale permette nella maggioranza dei pazienti di raggiungere una statura finale nell'ambito del bersaglio genetico, anche se in alcuni pazienti si osserva uno scarso incremento staturale per 1-2 anni dopo la guarigione per la persistenza di inibizione, da parte dell'eccesso di cortisolo, dell'asse GH-IGF-1. In genere lo sviluppo puberale è regolare.

Cosa abbiamo imparato?

- 1 L'associazione di scarsa velocità di crescita e aumento progressivo del peso corporeo è una caratteristica auxologia tipica della sindrome di Cushing.
- 2 Alcuni esami di screening, di facile esecuzione, permettono la conferma del sospetto clinico di ipercortisolismo, isolato o associato a iperandrogenismo, e di distinguerne l'origine surrenalica o ipofisaria.
- 3 L'associazione dell'ipercortisolismo con manifestazioni cliniche e biochimiche di iperandrogenismo indica l'origine surrenalica dell'ipercortisolismo e orienta verso il carcinoma, anche se la diagnosi definitiva è istologica.

✉ brunetto_boscherini@fastwebnet.it

Sandrini R, Ribeiro RC, Delacerda L. Childhood adrenocortical tumors. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82(7):2027-31.

Lodish MB, Keil MF, Stratakis. Cushing's syndrome in Pediatrics: an Update. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2018;47(2):451-62.

Occhio... all'orecchio



Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

Centro Regionale di Dermatologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova

Un pomeriggio di settembre la mamma porta dal pediatra la piccola Martina, 5 anni, perché presenta fastidio e dolore a livello dell'orecchio destro. La bambina sembra anche avere intenso prurito a livello del padiglione dell'orecchio, che appare di colore rosso intenso.

Martina frequenta la scuola materna e per il resto sta bene.

La mamma riferisce al pediatra che Martina era rientrata 2 giorni prima dalle vacanze trascorse al mare con la famiglia e che la piccola, circa 7 giorni prima, aveva avuto un leggero raffreddore e febbricola (37/37,5 °C), risoltisi senza assunzione di antipiretici o altri farmaci.

Il pediatra visita la bambina e nota un eritema diffuso a livello del padiglione auricolare; considerando inoltre la sintomatologia clinica, la pregressa febbre e il recente periodo trascorso al mare, pone il sospetto diagnostico di un'otite esterna acuta.

Il pediatra prescrive quindi terapia antibiotica topica, rassicurando la madre sull'entità lieve del quadro e chiedendole comunque di essere aggiornato a breve, per iniziare tempestivamente una terapia antibiotica sistemica, nel caso in cui il quadro non fosse migliorato.

Tre giorni dopo, la mamma richiama il pediatra, è preoccupata perché Martina continua ad avere fastidio, dolore e un prurito

sempre più intenso a livello dell'orecchio, che appare sempre rosso.

La visita del pediatra

Il pediatra chiede quindi alla mamma di riportargli la piccola Martina. La bambina viene nuovamente visitata dal pediatra, che nota un eritema più intenso, che ora coinvolge oltre al padiglione auricolare, anche la zona retroauricolare, con alcuni segni di grattamento. Queste aree risultano inoltre calde al tatto. Non sembra esserci una riduzione dell'udito e non vi sono segni di perdita di liquido o di pus dal condotto uditivo.

Inoltre, indagando l'anamnesi personale e familiare della bambina, non emerge nulla di rilevante.

Il pediatra si rende conto a questo punto che il quadro clinico non sembra compatibile col sospetto di otite e quindi, escludendo altre cause specifiche, pone il sospetto clinico della rara "sindrome dell'orecchio rosso". Tuttavia, a un attento esame obiettivo clinico, il pediatra osserva, all'interno dell'area eritematosa nella zona retroauricolare sinistra, una papula arancione-giallastra (Figura 1) e altre lesioni simili a livello del cuoio capelluto. Tale quadro non è tipico della sindrome dell'orecchio rosso. Il pediatra a questo punto prescrive una terapia antidolorifica a base di paracetamolo e consiglia una visita dermatologica, per approfondire il quadro clinico legato alle particolari lesioni cutanee osservate.

La visita del dermatologo: l'esame delle lesioni

Dopo alcuni giorni, Martina giunge quindi all'attenzione del dermatologo; la madre racconta la storia della piccola Martina, che ora ha meno dolore, grazie alla terapia antidolorifica consigliata dal pediatra. All'esame obiettivo cutaneo si conferma la presenza di un'area lievemente eritematosa nella regione retroauricolare sinistra, all'interno della quale si distingue una lesione papulare di colorito arancione-giallastro, delle dimensioni circa 10×5 mm (Figura 1).

Osservando il cuoio capelluto, si apprezzano altre lesioni simili, più piccole, di colorito giallastro, ma non eritematose (Figura 2).



Figura 1. Eritema e lesione papulare giallo-arancio della regione retroauricolare.

Inoltre, sfregando le lesioni con una punta smussa, dopo alcuni secondi, si osserva la formazione di un pomfo intensamente eritematoso (segno di Darier).

A questo punto a quale diagnosi pensare?

Lesioni cutanee papulari di colorito variabile dall'arancione al giallo-bruno, che insorgono in età pediatrica e che vanno incontro talvolta a episodi di arrossamento e formazione di pomfi o bolle (in particolare in seguito a sfregamento), con associati spesso sintomi di fastidio o prurito, sono clinicamente compatibili con la diagnosi di mastocitomi cutanei.

Nel caso della piccola Martina, la sintomatologia clinica e l'eritema a livello della regione retroauricolare erano riconducibili a un'inflammatione a livello del mastocitoma cutaneo.

Mastocitomi

Il mastocitoma cutaneo si presenta spesso nella forma singola oppure, talvolta, come in questo caso, può presentarsi in forma multipla.

I mastocitomi si presentano in forma di macule, papule o noduli di colorito variabile dall'arancione al giallo-bruno e possono, di tanto in tanto, andare incontro a fenomeni di arrossamento e/o formazione di bolle o pomfi. Rientrano nella categoria delle mastocitosi cutanee, patologie che hanno come processo patogenetico di base lo sviluppo clonale di mastociti. Queste cellule possono accumularsi in maniera anomala a livello della cute (mastocitosi cutanee nelle forme di: mastocitomi, orticaria pigmentosa, mastocitosi cutanea diffusa) o anche a livello di midollo osseo e organi interni (mastocitosi sistemiche). L'attivazione delle cellule mastocitarie (spontanea o per esempio causata dallo sfregamento a livello dei mastocitomi) determina una serie di eventi a cascata, che portano alla formazione di bolle e di pomfi. La proliferazione clonale mastocitaria è legata solitamente a mutazioni che portano a un'attivazione costitutiva del gene KIT, che avviene generalmente a livello dell'esone 17 (mutazione D816V).

Le mastocitosi in età pediatrica sono generalmente rappresentate da forme a

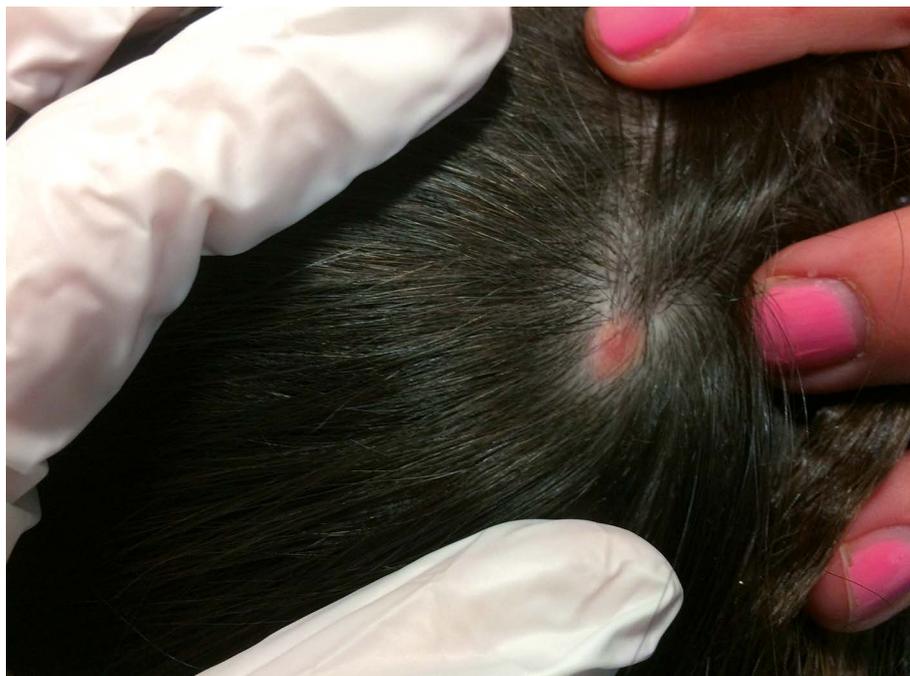


Figura 2. Lesione papulare del cuoio capelluto.

esclusivo interessamento cutaneo con buona prognosi (remissione clinica spontanea nell'arco di alcuni anni).

La diagnosi è essenzialmente clinica e, in particolare nel caso di mastocitomi isolati o multipli, non sono necessari ulteriori approfondimenti, oltre al follow-up clinico annuale. La terapia è sintomatica e consiste generalmente nell'utilizzo di farmaci corticosteroidi topici in caso di riattivazione delle lesioni cutanee. L'utilizzo di prodotti antistaminici topici è da evitare a causa dell'elevato rischio di dermatiti da contatto, a fronte di una scarsa efficacia. Nei casi di sintomatologia pruriginosa particolarmente intensa o di mastocitomi multipli o di altre forme più estese di mastocitosi cutanea (orticaria pigmentosa e mastocitosi cutanea diffusa), è consigliabile associare terapie antistaminiche orali.

E la nostra paziente...?

Martina è stata trattata con un farmaco corticosteroideo topico (mometasone fuorato in crema), applicato 1 volta/die per 7 giorni a livello della regione retroauricolare interessata dal mastocitoma, con notevole beneficio clinico. La terapia antidolorifica a base di paracetamolo è stata sospesa dopo alcuni giorni. È stata consi-

gliata la riapplicazione del farmaco in caso di riattivazione del quadro clinico cutaneo. Inoltre, viste le altre lesioni presenti a livello del cuoio capelluto, clinicamente compatibili con mastocitomi, è stata associata anche una terapia antistaminica orale a base di cetirizina (1 goccia ogni 2 kg di peso corporeo 1 volta/die). Inizialmente gli episodi di infiammazione del mastocitoma retroauricolare si sono ripetuti con cadenza bimestrale per alcuni mesi. Martina, in occasione di questi episodi, ha assunto il paracetamolo e ha applicato il corticosteroide topico; successivamente, l'applicazione del solo corticosteroide topico è stata sufficiente a contenere la sintomatologia che, a distanza di 2 anni, mostra una netta riduzione nella frequenza degli episodi (circa due volte all'anno).

✉ anna.bellonifortina@gmail.com

Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Childhood solitary cutaneous mastocytoma: clinical manifestations, diagnosis, evaluation, and management. *Curr Pediatr Rev.* 2019;15(1):42-6.

Lange M, Niedoszytko M, Renke J, et al. Clinical aspects of paediatric mastocytosis: a review of 101 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27(1):97-102.

La Sanità ai tempi della Brexit. Cosa ci aspetta dietro l'angolo



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

«Non penso di aver mai desiderato tanto la magia come oggi» [a proposito della Brexit].
J.K. Rowling

Nel momento in cui questo Osservatorio internazionale viene scritto, il futuro del nostro vicino Regno Unito appare quanto mai incerto, in un clima fumoso, ed estremamente instabile per i negoziati. Il Primo Ministro britannico Theresa May si deve confrontare con il Parlamento dopo che la sua affermazione “Brexit means Brexit” ha scatenato confusione sia a destra che a sinistra. Nel caos pervasivo che coinvolge aspetti politici complessi e la vita di molte persone, la domanda è: tutto questo cosa significa per la salute e i sistemi sanitari britannici ed europei?

Il “Lancet” ha dedicato a questo tema, negli ultimi mesi, diversi editoriali e vari aggiornamenti nel tentativo di fare luce su alcuni aspetti che riguardano i servizi sanitari.

Il tema è complesso, e lo è ancora di più dato il clima di incertezza con il continuo posticipo delle scadenze.

L'articolo pubblicato dal “Lancet” cerca di valutare i possibili esiti della Brexit attraverso quattro scenari realistici:

1 No-Deal Brexit, ossia una Brexit senza accordi legali formali; è ciò che doveva succedere automaticamente alle ventiquattro del 29 marzo 2019, a meno che il Regno Unito, in accordo con l'Unione Europea, non avesse chiesto uno stop. Nell'ipotesi del No-Deal Brexit il Regno Unito sarà considerata una terza nazione con tutte le conseguenze.

2 The Withdrawal Agreement, ossia l'accordo per il ritiro. Il testo legale di tale accordo prevede un periodo di transizione fino a dicembre 2020 durante il quale il Regno Unito non sarà membro dell'EU (Unione Europea), ma alcuni aspetti legali dell'EU continueranno a essere applicati. In questo accordo di transizione ci sono specifici sistemi legali di protezione nei confronti dei cittadini dei 27 Paesi europei presenti nel Regno Unito e viceversa per i cittadini del Regno Unito presenti nell'EU. Come, per esempio, il diritto di residenza, la pensione e la protezione dei propri dati personali.

3 Il protocollo dell'Irlanda del Nord, ossia il cosiddetto backstop, nel caso in cui non ci sarà un accordo tra Regno Unito e EU. Questo protocollo definisce un singolo territorio doganale tra EU e Regno Unito, con una serie di regole a parità di condizioni sulla protezione dell'ambiente, sul lavoro, e per tutti i prodotti di scambio tra EU e Regno Unito. Al momento lo sguardo è rivolto proprio verso l'Irlanda del Nord poiché le negoziazioni sono in uno stato di impasse e tutto appare alquanto precario. Secondo gli osservatori il Regno Unito “è affacciato sull'orlo di un precipizio con il rischio reale di precipitare verso un abisso.”

4 A Political Declaration on future relationships, ossia una dichiarazione politica sulle relazioni future tra EU e Regno Unito. Questa dichiarazione punterebbe verso un rapporto di libero scambio con alcuni aspetti specifici che tuttavia non interessano l'aspetto sanitario. Tale dichiarazione è al momento solo uno statement politico i cui dettagli sono ancora da chiarire.

Tutti gli scenari paventati non si prospettano positivi per il sistema sanitario; gli autori tuttavia affermano che “any deal must be better than no deal”, ovvero, qualsiasi si accorda è meglio rispetto a un non accordo. Il metodo atto a valutare i probabili effetti su ogni aspetto del Sistema Sanitario britannico considerando i 4 possibili scenari è lo stesso utilizzato dall'OMS per favorire una base comune di conoscenze su cosa sia un sistema sanitario e cosa produce un rinforzo del sistema stesso.

Sono stati pertanto individuati un certo numero di “mattoni” che servono a costruire l'impalcatura del sistema. I mattoni sono: l'erogazione dei servizi; la forza lavoro sanitaria; le informazioni; i prodotti medicinali; i vaccini e tecnologie; i finanziamenti; la leadership e la governance. I “mattoni” hanno 3 obiettivi: definire una serie di attributi desiderabili; definire le priorità; identificare le lacune.

Gli autori sottolineano come ci si trovi di fronte a una situazione molto particolare e unica: uno stato membro dell'EU che la-

scia l'Europa dopo 40 anni e più, e al momento non esistono scenari paragonabili. Inoltre gli autori evidenziano un dato inquietante: il programma a lungo termine del NHS (Sistema Sanitario Nazionale del Regno Unito) nelle sue 136 pagine menziona la Brexit solo due volte, senza fornire dettagli su cosa essa possa significare e le sue implicazioni per la salute.

Se tali implicazioni sono state considerate, sottolineano gli autori, esse non sono state rese pubbliche.

In questo scenario incerto i mercati traballano e la salute degli inglesi non promette bene: è quanto sostenuto da uno studio pubblicato su “BMJ Open” secondo cui l'aumento inevitabile dei prezzi di frutta e verdure, per esempio, sarà tale da influenzare in maniera negativa le abitudini, già non molto salutari, della popolazione, aumentando il livello di rischio cardiovascolare.

I dati sono inquietanti considerando che il Regno Unito importa l'84% della frutta e il 48% della verdura, e l'impatto secondo gli esperti sarà notevole: le stime sono di migliaia di decessi in più per infarti e ictus nell'arco di dieci anni dall'uscita dall'Unione Europea. La stima è di circa 12.400 morti in più, pari a un aumento del 2%, scrive il coordinatore dello studio, Christopher Millett della Public Health Policy Evaluation Unit dell'Imperial College di Londra. L'articolo del “BMJ Open” sottolinea che, a oggi, metà della popolazione del Regno Unito non mangia un'adeguata quantità di vegetali; con una Brexit senza accordi si stima un calo ulteriore dell'11% per il consumo di frutta e del 9% per il consumo di verdura.

Il “Lancet” si spinge oltre e il 2 marzo 2019 in un editoriale gli autori affermano: “Non ci sono buone notizie per l'NHS (...) in tutti gli scenari il depauperamento della forza lavoro è inevitabile, le cure per i cittadini britannici residenti nelle Unione Europea rimangono incerte, così come l'accesso ai farmaci, ai vaccini, e anche alle indagini strumentali”.

Nello stesso periodo il Royal College dei Radiologi, in collaborazione con la Società di Medicina Nucleare ha pubblicato una guida pratica per i medici nucleari su come gestire la Brexit in uno scenario No-Deal.

Gli esperti affermano la possibilità di ritardi nelle consegne di farmaci radioterapeutici; per tale motivo i team di medici nucleari operanti dovrebbero cercare di ridurre il loro carico di lavoro nella settimana successiva al post Brexit, considerare la possibilità di utilizzare radiofarmaci alternativi laddove possibile, e dare priorità ai pazienti già in cura e non rinviabili.

La guida fornisce ulteriori consigli riguardo le terapie considerando che il ritardo nelle consegne di un solo giorno potrebbe ridurre le attività di alcuni radioterapeuti del 20%, rendendoli quindi non più utilizzabili. Lo stesso editoriale si spinge oltre, denunciando che un ulteriore colpo arriverà dall'inevitabile e prospettato aumento della privatizzazione del sistema sanitario.

Dal mese di marzo 2019 di fatto il Churchill Hospital di Oxford non ha più la possibilità di erogare il servizio di PET-CT; tale servizio è stato dato in carico a una compagnia privata. Intanto il Servizio Sanitario inglese (NHS) ha invitato le compagnie private a scommettere contro le assicurazioni dello stesso NHS per i servizi di PET-CT in 11 diverse regioni del Regno Unito, compresi alcuni grandi ospedali universitari come il King's College Hospital a Londra e il Christie Hospital a Manchester. Quest'ultima manovra andrebbe a esacerbare ulteriormente la cronica e globale carenza di radiologi. La considerazione che preoccupa gli esperti riguarda le conseguenze che questa frammentazione di servizi, spesso di breve durata, non si traduce in vantaggi a lungo termine in un sistema complesso di cure: nel Regno Unito i pazienti con patologie oncologiche incontrano nei loro percorsi numerose sfide per arrivare alle cure migliori. Nonostante diversi tentativi per ridurre queste disuguaglianze, esse persistono nei limiti geografici, nell'allocazione delle risorse, nella disponibilità di servizi specializzati, nell'accesso ai farmaci, nella carenza di consulenti e altri

operatori sanitari. In questo scenario si inserebbero ulteriori barriere alla qualità delle cure: l'aumentata privatizzazione dei servizi e una serie di situazioni sconosciute correlate alla Brexit e al suo impatto su tutti gli aspetti del Sistema Sanitario. I vari governi UK che si sono succeduti finora, di tutti i colori politici, hanno fallito nel risolvere o cercare di risolvere il problema delle disuguaglianze in termini di salute.

Inoltre, tra le numerosi sfide per il Sistema Sanitario inglese c'è il problema della forza lavoro. Le attuali carenze presenti saranno esacerbate se con la Brexit, come previsto, ci sarà una fuga di personale sanitario dall'EU o dalle nazioni della EEA (paesi dell'area economica europea). Alcuni territori del Regno Unito dipendono molto dalla presenza di operatori sanitari dell'area EU o EEA.

Con il Withdrawal Agreement, l'accordo per il ritiro, la posizione di molti, ma non tutti i cittadini dell'EU 27, sarà protetta dalle legge europea. Al momento il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali e i relativi meccanismi di allerta, atti a provvedere al trasferimento reciproco di informazioni sugli operatori sanitari che hanno ricevuto provvedimenti disciplinari, e atti anche a stabilire i diritti legali di impiego, continueranno fino a dicembre 2020.

Infine aumenteranno sensibilmente i carichi amministrativi per i cittadini dell'EU o dell'EEA per chiedere la residenza nel Regno Unito, così come l'incertezza di altri in attesa di decisioni in merito alla loro situazione. L'accordo sul ritiro non specifica in dettaglio i percorsi messi in atto per assicurare i diritti dei cittadini.

Il protocollo dell'Irlanda del Nord, ossia il Backstop Agreement non include la protezione dei residenti nei Paesi dell'EU o dell'EEA per quanto riguarda il riconoscimento reciproco di qualifiche. Include invece alcune regole riguardo l'impiego, in particolare i diritti contemplati del Good

Friday/1998 Agreement. Essi comprendono un trattamento egualitario di genere, razza, religione o credo, disabilità, età, orientamento sessuale e sulla base del sesso, relativa alla posizione assicurativa individuale, ma l'aspetto importante di questo accordo riguarda proprio la parte relativa alla nazionalità che non è terreno proibito per la discriminazione in base a queste leggi.

In un sistema di No-Deal Brexit il reciproco riconoscimento di qualifiche e la protezione a esso collegate verrebbe a cessare immediatamente, andando a condizionare il reclutamento di operatori sanitari dell'EU o dall'EEA e anche il flusso di informazioni degli operatori sanitari europei circolanti attraverso i Paesi. Riguardo alle leggi sulla immigrazione il futuro rimane al momento incerto. La soglia di salario minimo proposta di 30.000 sterline potrebbe limitare notevolmente l'immigrazione di molti lavoratori verso il Regno Unito.

Un articolo recente comparso sull' "Internazionale" riguardo la Brexit conclude la sua analisi politica nel seguente modo: "Che un paese europeo voglia rimanere fuori dall'Unione europea è perfettamente lecito. Che si interroghi sul suo ruolo nel mondo e in Europa è opportuno. E che si ostini a coltivare sogni di grandezza neo imperiali può essere comprensibile. Ma per affrontare questioni così essenziali servono riflessioni oneste e dibattiti pacati, non le bugie e le mistificazioni con cui la Brexit è stata venduta ai britannici".

✉ doc.manetti@gmail.com

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30425-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30425-8/fulltext)
Tutti colpevoli della Brexit. Internazionale 2019;1301(5/11 aprile):18-22.

<https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e026966>.



Il turn taking fa bene alla salute

Betty Hart e Todd Risley lo avevano già scritto nel 1995 in una ricerca celeberrima: i bambini sono esposti alle parole dei genitori in modo differente, con un gap di 30 milioni di parole già all'età di 3 anni; i più fortunati sono quelli hanno genitori benestanti e istruiti. Negli ultimi anni la tecnologia ha prodotto il Language Environment Analysis (LENA), un software collegato a un registratore audio in grado di misurare e classificare tutte le parole che vengono rivolte al bambino, distinguendo anche di chi è la voce, 24 ore su 24. Melinda Caskey (Pediatrics 2014;133(3):e578-84) ha scoperto, utilizzando questo diabolico software, che i neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale sono sottoposti a una impressionante inequità: chi ascolta solo un centinaio di parole e chi, invece, decine di migliaia di parole al giorno: a 3 anni, gli ex prematuri che in ospedale hanno ascoltato più parole rivolte loro dai genitori hanno un miglior sviluppo del linguaggio. Questo software è stato utilizzato anche da Jill Gilkerson (Pediatrics 2018 Sep 10. pii:e20174276) per misurare le parole rivolte dai genitori (sempre 24 ore su 24) a un gruppo di bambini dai 2 ai 36 mesi di età di Denver (Colorado). I bambini che all'età di 18-24 mesi avevano più ricchi turni di conversazione con i genitori sono quelli che a 9-14 anni presentano migliore QI, comprensione verbale, competenza di linguaggio espressivo e recettivo. Ma attenzione: i valori sono confermati anche dopo aggiustamento per i fattori socio-economici e per lo sviluppo del bambino. Insomma, non è vero che il destino è segnato già dalla nascita, e la lettura con conversazione, da iniziare *early*, fa proprio la differenza.

Costantino Panza

Ludopatia o GAP (gioco d'azzardo patologico): scienza e diritto



Augusta Tognoni

Magistrato

Che cosa si intende per ludopatia o GAP (gioco d'azzardo patologico)?

La qualificazione scientifica si attinge dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* dell'American Psychiatric Association (DSM): "il gioco d'azzardo patologico è un disturbo del controllo degli impulsi che consiste in un comportamento di gioco persistente, ricorrente e mal adattivo che compromette le attività personali, familiari, lavorative".

Nell'ultima edizione del DSM il GAP è classificato nell'area delle dipendenze comportamentali per le similarità con le dipendenze da alcol e altre sostanze d'abuso.

L'OMS riconosce la ludopatia come "malattia" e la inserisce nel capitolo dei "disturbi delle abitudini e degli impulsi", descrivendo la stessa come "una serie di atti ripetuti e incontrollabili che non hanno chiara motivazione razionale e che mettono in pericolo gli interessi del paziente e delle altre persone".

Il Ministero della Salute definisce la ludopatia "malattia che rende l'individuo incapace di resistere all'impulso di giocare d'azzardo e fare scommesse", con la puntualizzazione che "l'individuo che ne è affetto è consapevole che questo possa portare a gravi conseguenze".

Clinicamente il GAP è ritenuto un comportamento di dipendenza, perché gli effetti che si verificano nel cervello del giocatore dopo aver effettuato una scommessa sono gli stessi che si riscontrano nel tossicodipendente dopo l'assunzione di una dose; in particolare viene rilasciata dopamina nel nucleus accumbens provocando una piacevole sensazione, che però non dura a lungo; i premi in denaro nell'attività di gioco producono un'attivazione cerebrale molto simile a quella osservata in un cocainomane che ha assunto una dose. Si tratta di una "reazione neurobiologica, con la conseguenza che si possono sviluppare sintomi di astinenza, che si verificano attraverso la dipendenza da alcune droghe".

Ci sono lavori scientifici sul tema?

Certamente. Non è mia competenza l'approfondimento. Posso solo ricordare che secondo il DSM il GAP è connotato da

13 sintomi e occorre la presenza di almeno 5 di essi perché un soggetto possa dirsi ludopatico. Particolarmente significativi per una semplice analisi risultano essere: il continuo procacciamento di denaro per giocare, il bisogno di aumentare continuamente la posta in gioco, il cd. "inseguimento delle perdite" (bisogno di rifarsi delle scommesse perdute), la compromissione di relazioni importanti e/o del lavoro a causa della dipendenza.

In letteratura si ipotizzano tre fasi di progressione del GAP: fase vincente, fase perdente, fase della disperazione.

Fase vincente: è caratterizzata dal gioco occasionale, dal quale il giocatore ottiene una piccola vincita che aumenta la sua autostima e l'ottimismo, gioca al solo scopo di divertirsi, di rilassarsi, di alleviare momenti di tensione. Questa fase dura 3-5 anni, trascorsi i quali si manifesta un aumento progressivo dell'attività di gioco con un investimento economico e psicologico.

Fase perdente: il gioco da "sociale" diventa "solitario"; aumenta la frequenza con cui ci si dedica al gioco e la quantità di denaro spesa; aumentano le perdite e i debiti, si perde il controllo del proprio comportamento e si deteriorano i rapporti familiari e sociali.

Fase della disperazione: il giocatore perde completamente il controllo del proprio comportamento di gioco; si isola socialmente, manifesta irritabilità, attacchi di panico, fantasie di fuga, alterazione degli stati umorali.

Nelle leggi che disciplinano il gioco d'azzardo sono previste norme per prevenire la ludopatia, con particolare riguardo ai minori?

Il decreto legge 158/2012 (cd. decreto Balduzzi) conv. in legge 8/11/2012 n. 189 prevede:

- divieto di ingresso ai minori di 18 anni nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale bingo;
- avvertimento di rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro;
- divieto di inserimento di messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro nelle trasmissioni televisive e radiofoni-

che e durante le rappresentazioni teatrali o cinematografiche non vietate ai minori;

- piano d'azione nazionale con riguardo ai profili sanitari; la ludopatia è inserita nei LEA (livelli essenziali di assistenza) con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione.

La legge 190/2014 dispone la creazione di un osservatorio per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave con la presenza di esperti, di rappresentanti delle regioni e delle associazioni che operano in materia.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri firmato il 12/7/2017 prevede la tutela e l'assistenza sociosanitaria alle persone affette da dipendenze patologiche.

Il decreto "dignità" approvato dal Consiglio dei Ministri il 2/7/2018 all'art. 8 introduce il divieto di pubblicità di giochi e scommesse come misura di prevenzione per contrastare la ludopatia.

Non c'è una normativa comunitaria specifica sul gioco d'azzardo?

Nel 2014 la Commissione Europea è intervenuta sul tema del GAP con una raccomandazione, nella quale sottolinea la necessità di fornire informazioni ai giocatori circa i rischi cui vanno incontro, di vietare ai minori l'accesso al gioco d'azzardo online, di creare un conto di gioco per determinare l'identità e l'età del consumatore, con fissazione di un limite di spesa e messaggi periodici su vincite e perdite realizzate e di prevedere linee telefoniche per fornire assistenza ai giocatori, un'attività formativa anche per i dipendenti delle case da gioco e campagne di informazione al fine di tutelare i consumatori con particolare attenzione ai minori e ai soggetti più deboli.

Qual è l'orientamento della giurisprudenza?

La giurisprudenza penale qualifica la ludopatia in diversi modi: "portato del disturbo di personalità di tipo istrionico o narcisistico e antisociale"; "disturbo del controllo degli impulsi"; "disturbo border-

line della personalità”, con il corollario che occorre aver riguardo a quali siano i sintomi più comuni, onde comprendere quali tipologie di reati possano considerarsi causalmente connessi a tale disturbo, almeno a livello astratto.

È principio acquisito (*ex plurimis*, Cass. 24535/2012; Cass. 44659/2016) che la tipologia di reati maggiormente satisfattivi per le esigenze di un soggetto ludopatico sono i delitti contro il patrimonio (furti, truffe).

È interessante ricordare che la Suprema Corte annovera il GAP tra i disturbi idonei a costituire “infermità mentale”, con la conseguente pronuncia di “non imputabilità” del soggetto ludopatico.

Testualmente dalla sentenza 18/7/2018 n. 33463 “il disturbo da gioco d’azzardo è un disturbo della personalità o disturbo del controllo degli impulsi destinato, come tale, a sconfinare nella patologia e a incidere, escludendola, sulla imputabilità per il profilo della capacità di volere”. Con la precisazione che “il disturbo della personalità registra una dipendenza dell’agente da si-

tuazioni e beni e può tradursi in una causa di esclusione della imputabilità là dove esso assuma connotati di intensità tali da vanificare la capacità di apprezzare le conseguenze dell’azione e da escludere pertanto la capacità dell’agente di autodeterminarsi”.

I giudici amministrativi lanciano un allarme sociale con provvedimenti che mirano alla prevenzione e al contrasto della diffusione del gioco d’azzardo. A titolo esemplificativo: nella sentenza n. 2022/2018 il TAR (Tribunale Amministrativo Regionale) di Milano afferma che “il rilascio del permesso per aprire una sala con utilizzo di apparecchi per il gioco d’azzardo lecito è subordinato alla positiva verifica da parte del Comune della distanza dai luoghi sensibili (scuole); è previsto il divieto di apertura delle sale situate a una distanza inferiore a 500 mt, misurata in base al percorso pedonale più breve da istituti scolastici di qualsiasi grado, comprese le scuole dell’infanzia e i nidi d’infanzia, luoghi di culto, sedi operative dei centri socio-ricreativi e sportivi, strutture residenziali operanti in ambito sanitario o socioassisten-

ziale, istituti di credito e sportelli bancomat” con la puntualizzazione che “devono essere adottate misure per bloccare automaticamente l’accesso dei minori ed avvertire il giocatore dei rischi derivanti dalla dipendenza dal gioco”.

Per concludere

La ludopatia è un problema culturale, educativo e sociale, che richiede una corretta informazione e una tempestiva percezione della rilevanza degenerativa dei comportamenti dei ragazzi, al fine di reagire con modalità appropriate rispetto agli sviluppi patologici. È essenziale la prevenzione con adeguate campagne informative ed educative per scuole e famiglie.

L’appello dei neuroscienziati è forte: il cervello di un adolescente è vulnerabile rispetto alla ludopatia a causa di una fisiologica immaturità cerebrale; i ragazzi devono acquisire consapevolezza della gravità della dipendenza e dei rischi psicologici e psichiatrici.

✉ augusta.tognoni@gmail.com



Crescita, intelligenza e codice postale

Il progetto INTERGROWTH-21st, finanziato dalla Bill & Melinda Gates Foundation, raccoglie una rete globale e multidisciplinare di 300 ricercatori e clinici da 27 istituzioni di 18 differenti paesi di tutto il mondo coordinati dal Nuffield Department of Women's & Reproductive Health dell'Università di Oxford. Questo network sta conducendo uno studio di coorte multicentrico (otto nazioni in cinque continenti) su 60.000 donne e i loro bambini monitorando la crescita fisica e il neurosviluppo di questi ultimi, ed ha già dimostrato che donne sane, ben nutrite, esenti da malattie, e che vivono in un ambiente pulito e ricevono una buona assistenza prenatale hanno bambini con crescita scheletrica comparabile sia in utero che alla nascita e fino ai 2 anni di età, indipendentemente dall’etnia e dal colore della pelle (The Lancet. 2014;384:857-68; Am J Obstet Gynecol. 2018;218:S841-S854.e2). Nello studio oggetto di questo blister i ricercatori hanno valutato 1307 bambini sani di 2 anni di madri urbane, ben nutrite e istruite, arruolate all’inizio della gravidanza in Brasile, India, Italia, Kenya e Regno Unito, utilizzando strumenti psicometrici appositamente sviluppati, test visivi e di neurosviluppo standardizzati secondo le tappe chiave indicate dall’OMS (cognizione, funzione esecutiva, capacità attentiva, acuità visiva, sviluppo motorio, emotivo, di linguaggio di comportamento, controllo sfinteri, marcia autonoma). In 14 delle 16 misurazioni, la percentuale della varianza totale, che potrebbe essere attribuita alle differenze tra le popolazioni, variava dall’1,3% (punteggio cognitivo) al 9,2% (punteggio comportamentale). Ciò significa che, attraverso una serie completa di indicatori della crescita e del neurosviluppo, meno del 10% della variabilità era basata sui geni del bambino; il resto è ambiente (Nature communications. 2019;10:511). In altre parole, le differenze osservate tra le popolazioni e le nazioni sono dovute principalmente alle situazioni socioeconomiche, alle differenze di classe sociale e di educazione tra le famiglie. Per la crescita e lo sviluppo del bambino “è più importante il codice postale che il codice genetico” osservano i ricercatori nel commentare questi risultati.

Costantino Panza

Salmonella tifoidea: riguarda anche noi



Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2, Alba, Bra (CN)

Un evento importante è accaduto in Asia, ma non ha avuto la risonanza che meritava. Sembra un episodio lontano ma, se ci soffermiamo a esaminarlo con la dovuta attenzione, ci accorgiamo che riguarda anche noi. Per la prima volta una *Salmonella* tifoidea estensivamente resistente ai farmaci ha provocato un'epidemia: in Pakistan nel periodo novembre 2017 - dicembre 2018 sono stati segnalati più di 5000 casi di febbre enterica da *Salmonella* serovar Typhi XDR (Extensively Drug Resistant) e le aree colpite includono anche Karachi, metropoli che conta 14,9 milioni di abitanti [1]. Dato che in Asia molti casi sono trattati empiricamente, senza conferma di laboratorio, è legittimo supporre che i casi reali siano molto più numerosi. Da tempo erano noti i ceppi MDR (Multidrug-resistant) ossia resistenti ai tre antibiotici tradizionalmente usati per il trattamento della febbre tifoide: cloramfenicolo, ampicillina e trimetoprim-sulfametossazolo. Nei ceppi XDR, emersi in anni recenti, la resistenza si estende anche a fluorochinoloni e cefalosporine di terza generazione. Tali ceppi sono sensibili solo a carbapenem e azitromicina [2]. La febbre tifoide rimane un grave problema di salute pubblica, colpisce globalmente sino a oltre 20 milioni di persone ogni anno e ha un grande impatto sui Paesi più poveri: la diffusione della *Salmonella* del tifo, malattia a trasmissione oro-fecale, è favorita dal degrado ambientale e dalle condizioni igienico-sanitarie compromesse. Un ruolo importante è sostenuto dai portatori cronici (sino al 5% dei pazienti che superano la fase acuta), che contribuiscono a mantenere la circolazione del batterio nella popolazione, rendendo particolarmente ardui i tentativi di eliminare la malattia mediante programmi di sanificazione ambientale e vaccinazione. L'epidemia ha avuto ripercussioni persino negli Stati Uniti, dove una sorveglianza potenziata, istituita in risposta all'evento, ha permesso di identificare 29 pazienti con febbre tifoide correlata a viaggi in Pakistan nel periodo epidemico; tra questi, 5 avevano contratto una forma XDR [2]. Il viaggiatore internazionale che contrae la febbre tifoide mostra alcu-

ne caratteristiche peculiari: è un occidentale che ha scelto un viaggio d'avventura o una sistemazione al di sotto degli usuali standard del viaggio per turismo o affari; oppure si tratta di un migrante che ritorna nel Paese d'origine per visitare la propria famiglia. La destinazione più frequente è l'India, seguita da Bangladesh e Pakistan; in generale il Sud dell'Asia presenta il rischio più alto, seguono il Medio Oriente, l'Africa e le altre destinazioni [3]. I vaccini disponibili per la prevenzione della febbre tifoide sono di due tipi: un vaccino orale attenuato (ceppo Ty21a), registrato per adulti e bambini di età pari o superiore a 6 anni e i vaccini inattivati parenterali per adulti e bambini di almeno 2 anni di età, costituiti da un fattore di virulenza contenuto nella capsula batterica, il polisaccaride Vi purificato, che rappresenta un target della risposta immunitaria protettiva. Gli studi di efficacia condotti su popolazioni di aree endemiche hanno stimato una protezione vaccinale non superiore al 70% circa. Recentemente un'azienda indiana ha messo a punto un vaccino in cui il polisaccaride Vi è coniugato con il tossoide tetanico. È un prodotto attualmente non disponibile nei Paesi occidentali. La coniugazione del polisaccaride Vi con il tossoide tetanico obbedisce alla stessa logica che connota i vaccini coniugati contro lo pneumococco, il meningococco e l'*Haemophilus b*: il polisaccaride capsulare unito a una proteina carrier induce una risposta immunitaria di qualità migliore, con la formazione di un pool di linfociti memoria che mantiene nel tempo il ricordo dell'avvenuto incontro con l'antigene ed è possibile vaccinare anche i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, che notoriamente non rispondono bene agli antigeni polisaccaridici. L'epidemia pakistana ha diverse cose da insegnarci. In primo luogo, la possibile diffusione di geni che producono resistenza ai carbapenemi è motivo di preoccupazione: la storia ci insegna che, non appena emergono infezioni enteriche antibiotico-resistenti, la loro diffusione globale può essere rapida. Per queste ragioni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato le *Salmonelle* come

patogeni ad alta priorità per lo sviluppo di nuovi antibiotici. In secondo luogo, la comparsa dei ceppi XDR in zone densamente popolate dell'Asia, come la città di Karachi, può amplificare la loro diffusione sia nell'ambito asiatico sia altrove, coinvolgendo anche i Paesi occidentali, con i quali sono costanti gli scambi commerciali, turistici e migratori. Milioni di occidentali si recano ogni anno nel Sud dell'Asia per affari, turismo, volontariato, e a questi si aggiungono i migranti, inclusi coloro che tornano in visita alle famiglie di origine. È pertanto necessario che i viaggiatori siano informati sulle precauzioni atte a ridurre il rischio di contrarre le infezioni enteriche e sia garantita loro la possibilità di vaccinarsi. Infine, la disponibilità di vaccini efficaci e sicuri rappresenta un elemento chiave della strategia di contrasto all'antibiotico-resistenza. Lo stiamo vedendo anche in altri ambiti, per esempio le infezioni invasive da pneumococco: i vaccini coniugati sono stati messi a punto anche con questo obiettivo, sebbene l'emergere dei sierotipi non vaccinali, a loro volta portatori di resistenze, abbia attenuato l'impatto positivo osservato sui sierotipi vaccinali. Lo sviluppo di antibiotici innovativi sta segnando il passo e questo obbliga a intraprendere anche la strada della prevenzione primaria, di cui la disponibilità di vaccini efficaci rappresenta un elemento fondamentale.

✉ medicinadeiviaggi@gmail.com

1. World Health Organization. Regional Office for Eastern Mediterranean. Weekly epidemiological monitor: disease outbreaks in Eastern Mediterranean Region (EMR), January to December 2018. Cairo, Egypt: World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean 2018.
2. Chatham-Stephens K, Medalla F, Hughes M, et al. Emergence of Extensively Drug-Resistant *Salmonella* Typhi Infections Among Travelers to or from Pakistan — United States, 2016–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68(1):11–3.
3. Zuckerman JN, Hatz C, Kantele A. Review of current typhoid fever vaccines, cross-protection against paratyphoid fever, and the European guidelines. *Expert Rev Vaccines* 2017;16(10):1029–43.

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

La famiglia è in crisi. Falso!

di Maria Castiglioni, Gianpiero Dalla Zuanna
Laterza, 2017, pp. 200, € 7,90



La famiglia svolge un grande lavoro di cura

Qual è lo stato di salute della famiglia italiana? Ce lo raccontano in questo libro, dati alla mano, due coniugi, demografi italiani dell'università di Padova, Maria Castiglioni e Gianpiero Dalla Zuanna. Nonostante le importanti trasformazioni che hanno attraversato la famiglia, nel nostro Paese resiste la forza dei legami di sangue e la maggior parte degli italiani ritiene che la propria felicità sia strettamente legata a quella dei propri genitori e dei propri figli. Questo stile di vita definito "familista", ci accomuna ad altri Paesi del mondo: limitando l'analisi ai soli Paesi sviluppati, in Europa: al Sud, nella penisola iberica e in quella balcanica; nell'estremo oriente: con i ricchi Giappone, Corea del Sud, Taiwan, Hong Kong, Macao, Singapore. All'interno delle famiglie italiane continua a essere svolto un lavoro di cura dal valore inestimabile, che costituisce ancora il motore del nostro benessere sociale. È alla famiglia, ogni volta che è possibile, che gli italiani scelgono di affidare i più piccoli o gli anziani, ed è alla famiglia che si ricorre quando si ha la sfortuna di ammalarsi o di perdere il lavoro, perché nel nostro Paese la famiglia continua a essere il più grande ed efficiente ammortizzatore sociale. Analizzando abitudini fortemente radicate, come quella di scegliere di vivere preferenzialmente a poca distanza dai genitori o di acquistare la casa

di proprietà per i figli e anomalie legislative come le bassissime tasse di successione o le eccessive pensioni di reversibilità, gli autori analizzano pregi e difetti di questo nostro sistema alla luce delle trasformazioni dell'ultimo secolo che hanno modificato la vita delle famiglie e, nel capitolo conclusivo, fanno delle proposte per riformarlo con l'obiettivo di "buttare l'acqua sporca, ma salvare il bambino". Se non si introducono cambiamenti, il rischio è infatti che il sistema familista diventi un congelatore sociale, a sfavore dei più poveri e che, di generazione in generazione, indipendentemente da capacità e meriti, si rimanga nella classe sociale di nascita. Oggi in questo sistema risultano particolarmente penalizzati i figli, tanto considerati da decidere che solo raramente le condizioni in essere sono quelle adeguate per metterli al mondo; i giovani che con il reddito di riserva familiare sono poco spronati a cercare la loro strada fuori dalla cerchia domestica e le donne che continuano a farsi carico della maggior parte del lavoro di cura all'interno delle famiglie, rinunciando alla possibilità di diventare reali protagoniste del mondo del lavoro e della vita pubblica. Auspicabile quindi che vengano prese decisioni politiche che tutelino e promuovano la famiglia italiana evitando che diventi fonte di iniquità, misure che per esempio rendano vantaggioso per le famiglie che anche gli uomini si facciano carico di parte del lavoro di cura familiare a partire dall'accudimento dei figli, e che incentivino l'accesso di tutti i bambini fin da piccolissimi a pari opportunità per promuovere lo sviluppo precoce (nido d'infanzia, centri gioco genitore-bambino ecc.). Un libro utile al pediatra per capire meglio quali possono essere le dinamiche di sottofondo che muovono il nostro tessuto sociale e le famiglie che incontriamo, per poterle capire e sostenere in modo più efficace.

Maddalena Marchesi

Attraverso lo schermo. Cinema e autismo in età evolutiva

di Maurizio Bonati

Il Pensiero Scientifico, 2019, pp. 187, € 14,00

Il cinema e il punto di vista del malato

Partiamo dalla dedica a Laura e al suo sguardo. Il piano di quest'opera è stato condiviso dall'autore con lo sguardo di



Laura. Il taglio del libro è basato su criteri scientifici molto rigorosi come si trattasse di una revisione sistematica: selezione dei film (criteri di inclusione ed esclusione), analisi e descrizioni dei risultati e infine commento (discussione).

Il criterio scientifico da solo non basta e allora ecco lo sguardo in più. È il modo di vedere che fa la differenza quando si guarda un film per certi versi scomodo per lo spettatore.

Cinema e malattia mentale rappresentano un binomio molto sfruttato, ma con finalità diverse e non sempre con risultati soddisfacenti. Viene spesso impiegato nella formazione dei professionisti così come nel confronto con i pazienti e le loro famiglie per trovare un allineamento tra due diverse visioni (guardare con gli occhi degli altri). In questo libro l'autore si sofferma anche su cinema e neuropsichiatria infantile con un focus particolare sui variegati disturbi dello spettro autistico. Il *grande cocomero*, diretto con notevole sensibilità da Francesca Archibugi, è un esempio ben riuscito di questo connubio. Il lettore può sbizzarrirsi nell'ampia offerta cinematografica nel campo dell'autismo e nei suggerimenti che l'autore propone senza pretesa di essere un raffinato critico, bensì uno spettatore attento che ha maturato uno sguardo lucido e non banale sulle numerose proposte. Purtroppo la distribuzione in Italia risente di scelte che penalizzano la visione di film non facili per il gusto medio. I cineforum e i circoli culturali sono d'altronde spesso frequentati da un pubblico selezionato, ma spesso avanti

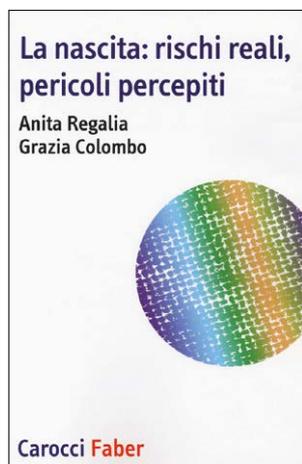
con l'età. Uno sguardo curioso e disposto a confrontarsi con temi spesso tabù per la società non può che aiutare a capire meglio la complessità in cui viviamo. Del resto l'autore non risparmia critiche a taluni film che rischiano di semplificare la problematica o edulcorarla eccessivamente. La settima arte si rivela preziosa per aiutare a conoscere meglio il punto di vista dei malati e delle loro famiglie e le loro difficoltà.

Un'ultima considerazione divertente: riuscite a immaginare Maurizio Bonati come Salvatore (Totò) di *Nuovo Cinema Paradiso*? Leggere per capire.

Michele Gangemi

La nascita: rischi reali, pericoli percepiti

di Anita Regalia, Grazia Colombo
Carocci, 2018, pp. 143, € 13,00



Evidenza scientifica e comunicazione del sapere

Questo libro sarebbe senz'altro piaciuto a Ivan Illich, perché promuove a piene mani il pensiero critico e un'attenta valutazione dell'attuale cultura della nascita. Le autrici hanno una lunga e consolidata competenza sul campo, ma anche esperienza come formatrici di operatori sanitari. Questo binomio produce un libro molto chiaro, ricco di esempi e situazioni concrete, che analizza i dati dell'evidenza scientifica, ma anche le modalità più adatte per comunicare questo sapere. Il tema è il rischio effettivo e quello percepito, il contenimento dei danni iatrogeni che una maldestra informazione è in grado di produrre. Non si tratta di eliminare procedure e protocolli, ma di applicarli con attenzione, adattandoli alle singole situazioni. Presentare solo numeri sul rischio relativo, senza citare anche il rischio assoluto, può condizionare negativamente scelte e decisioni, aumentando inutilmente ansie e paure; questo pericolo riguarda sia l'utenza che gli stessi operatori. Altro esempio: la percentuale di falsi positivi è completamente diversa se consideriamo gravide con fattori di rischio o se ci riferiamo a situazioni fisiologiche. In questo modo le autrici ci accompagnano con

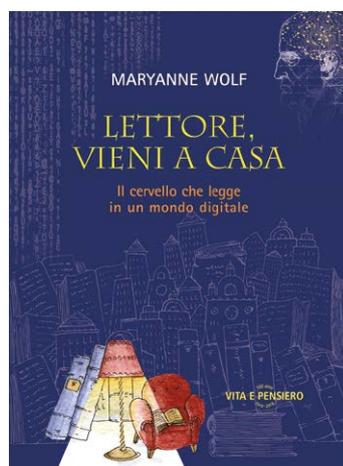
discrezione, ma determinazione, in un mondo di numeri e percentuali, dove anche piccole sfumature possono fare la differenza. Incrementare il pensiero critico sui percorsi di assistenza produce maggiore rispetto per le scelte delle coppie che si rivolgono ai servizi, riduce i danni legati a interventi inappropriati, limita e contiene i conflitti medico-legali, rende la nascita più tutelata e rispettata, salvaguardando sicurezza e qualità. Come operatori della salute, ogni giorno rischiamo di applicare in maniera automatica e affrettata procedure che, invece, hanno bisogno di essere comprese e condivise con chi quelle pratiche si trova a subirle. Le autrici del libro argomentano che, se vogliamo davvero aiutare le donne a partorire e i bambini a nascere, dobbiamo incrementare l'impegno per spiegare e ascoltare, ammettendo con onestà i limiti della scienza e delle conoscenze, evitando pericolosi pregiudizi e comodi automatismi.

Alessandro Volta

Lettore vieni a casa. Il cervello che legge in un mondo digitale

di Maryanne Wolf

Vita e Pensiero, 2018, pp. 224, € 20,00



Lettura digitale e pensiero critico

Maryanne Wolf è una neuroscienziata cognitivista, si occupa di lettura e di dislessia e insegna alla University of California di Los Angeles (UCLA). È anche direttore del Center for Reading and Language alla Tufts University di Boston. L'autrice esordisce con quello che appare un paradosso "non siamo nati per leggere", che era l'incipit del suo libro di successo *Proust e il calamaro. Storia e scienza del cervello che legge* (Vita e Pensiero, 2009). L'atto di imparare a leggere ha aggiunto un circuito interamente nuovo al repertorio del nostro cervello, ha cambiato la struttura delle connessioni, ha ricablato il cervello, e questo a sua volta ha riplasmato la natura del pensiero umano. Durante la lettura il nostro cervello attiva le aree del lin-

guaggio, le aree frontali e quelle visive, ed è per questo che noi riusciamo a immergerci così profondamente nella storia narrata. La lettura digitale ci permette di collegare più argomenti, ma rischia di rimanere lettura superficiale. È questo il dubbio espresso dall'autrice. È possibile che in futuro il nostro cervello si adatti a questo nuovo tipo di comunicazione e ci permetta di conciliare iperconnessione e approfondimento? E in quanto tempo avverranno questi cambiamenti? I bambini hanno un'attenzione continuamente distratta e inondata di stimoli. Tra l'altro i bambini di 3-4 anni hanno uno sviluppo prefrontale ridotto e quindi sono in balia delle distrazioni. Inoltre il multitasking crea un circolo vizioso di dipendenza da dopamina. Se un numero sempre più grande di giovani legge solo ciò che è richiesto a scuola, perché tutto è troppo lungo da leggere (tldl), come consolideranno le loro riserve di conoscenza? La combinazione della lettura su mezzi digitali, dai social media ai giochi virtuali, impedirà la formazione di processi cognitivi più lenti, quali il pensiero critico, la riflessione personale, l'immaginazione e l'empatia, che fanno tutti parte della lettura profonda? Innumerevoli sono gli spunti contenuti nel volume. Vorrei citare solo due pensieri forti. Il primo riguarda l'analisi critica: "Un'attenta formazione del ragionamento critico è il modo migliore per vaccinare la prossima generazione contro informazioni manipolatorie e superficiali, sia cartacee che digitali. In una cultura che premia l'immediatezza, la facilità e l'efficienza, il tempo e lo sforzo richiesti per sviluppare tutti gli aspetti del pensiero critico ne fanno un'entità minacciata". Il secondo riguarda le minacce al pensiero critico: "La prima minaccia si manifesta quando una forte struttura di pensiero per comprendere e interpretare il nostro mondo, come un'opinione politica o religiosa, diventa talmente impenetrabile al cambiamento e rigidamente seguita da ottenere qualsiasi tipo di pensiero divergente, anche se basato su prove o qualità morali"; "La seconda minaccia è l'assenza totale di qualunque sistema di convinzioni personali, da una parte per mancata conoscenza dei sistemi di pensiero del passato, dall'altra per mancanza di ambizioni intellettuali e l'adesione a un modo di pensare che non consente domande". Non pensate tuttavia che Maryanne Wolf sia una pessimista: infatti uno dei filoni attuali di ricerca riguarda l'uso dei tablet come mezzo per migliorare l'alfabetizzazione nei Paesi privi di scuole. Il libro, scritto in forma di una sequenza di lettere al lettore, è una roadmap che fornisce una prospettiva guardinga, ma fiduciosa, sul nostro futuro.

Claudio Chiamenti

Roma

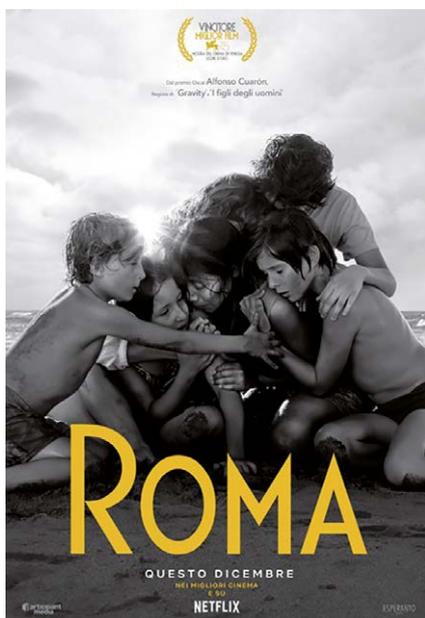


Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Roma

Regia: Alfonso Cuaròn
 Con: Yalitza Aparicio, Marina de Tavira, Marco Graf, Daniela Demesa, Diego Cortina Autrey
 Messico - USA, 2018
 Durata: 135'



Abbiate pazienza. Almeno per i primi venti minuti trattenete il vostro giudizio e non state a chiedervi né che cosa vuole dirci Alfonso Cuaròn con *Roma*, né il motivo per il quale ha scelto questo titolo. Distendetevi e accontentatevi di vedere belle immagini in bianco e nero che sembrano cartoline d'altri tempi. Fatelo prima di venire coinvolti, sequenza dopo sequenza, nella vita di Cleo. Il cambio di registro arriva quando questa ragazza, uscendo da una sala cinematografica, si ritrova sola in mezzo alla gente. Poco prima, mentre sullo schermo scorrevano le immagini di un film (*Abbandonati nello spazio?*), aveva confessato al suo ragazzo (Fermin) il timore di essere rimasta incinta. L'uomo, dedito più alle arti marziali che al romanticismo, non fa salti di gioia e, con la scusa di andare al bagno, si eclissa.

Corre l'anno 1970, siamo a Mexico City e per le strade si registrano proteste che si trasformano in scontri tra manifestanti e gruppi paramilitari. Cleo (Yalitza Aparicio) è india mixteca e lavora nella casa di

una famiglia medio-borghese del quartiere Roma, composta dal dottor Antonio, sua moglie Sofia, quattro bambini e nonna Teresa. Domestica tuttofare, si prende cura del cane, fa le pulizie, serve a tavola, gioca con i bambini e li assiste amorevolmente. Nelle ore di libertà esce con Fermin, l'amica cameriera Adela e il suo fidanzato Ramon. Cinema e/o camera in affitto e sogni d'amore. Quando Fermin la lascia sola e incinta, teme di perdere anche il lavoro, ma trova una sorella maggiore in Sofia, abbandonata a sua volta dal marito, e una mamma in nonna Teresa. Grazie a loro supererà delusioni e paure. Si può vivere nonostante le tragedie, consumate o sfiorate.

1970, si diceva. E non si può fare a meno di riavvolgere il tempo. Non erano solo anni di contestazione generale. In Italia, quando Netflix era una parola inesistente, fiorivano anche i cineclub e le sale d'essai che un film del genere non se lo sarebbero di certo fatti sfuggire. Materiale a iosa per dibattere sulla scelta del bianco e nero (adatto a un film di ricordi); sui riferimenti storico-sociali di un Paese; sulle citazioni filmiche (il cinema nel cinema, Cleo come la protagonista del film di Agnès Varda *Cleo dalle 5 alle 7*); sulla preghiera sanscrita *Shantih Shantih Shantih* dei titoli di coda che rimanda alla pace ineffabile e alla ritrovata spiritualità che chiude il poema *La terra desolata* di T.S. Eliot; sui temi (realismo, femminismo, amicizia, maternità responsabile, sensi di colpa, fiducia...). Troppa roba per arrivare a una lettura univoca e a giudizi condivisi: bel film o grande delusione? Dilemma che nelle interminabili discussioni di quegli anni si sarebbe trasformato nell'interrogativo che sembrava costituire l'unico metro di giudizio per valutare la validità o meno di un'opera filmica: "E il messaggio? Qual è il messaggio?"

Cuaròn ha detto che ha voluto fare un film semibiografico, ispirandosi a personaggi e luoghi della propria infanzia. Ovvero, un film di memorie e un segno di riconoscenza agli emigrati di una volta. Dato per scontato che, bene o male, qualcosa di personale c'è sempre in chi racconta, è tuttavia fuori discussione il fatto che un film non è un diario da far leggere a pochi intimi o da tenere chiuso in un cassetto del-

la scrivania, ma un'opera che, per quanto personalizzata (anche la sceneggiatura, il montaggio e la direzione della fotografia sono di Cuaròn), richiede visibilità, esponendosi inevitabilmente a lodi e a critiche. Il film è uno, ma gli occhi che lo guardano e le menti che lo giudicano non sono solo quelli degli esperti che gli hanno assegnato il "Leone d'Oro" 2018, due "Golden Globes" 2019, 4 Bafta 2019, 8 Nominations e 4 Award 2019, 10 Nominations e 3 Oscar (regia, fotografia e film straniero) 2019. Alla fine della seconda guerra mondiale, prima di ottenere riconoscimenti in tutto il mondo, i registi del neorealismo furono criticati persino in Italia e, negli anni sessanta, si rimaneva perplessi dopo aver visto film di Bergman, Buñuel e Kurosawa. Ci si chiedeva: "Ma che ha voluto dire?" La risposta che una volta Bergman diede a un critico, oggi piacerebbe anche a Cuaròn: "Quello che ho voluto dire l'ho detto. Se non l'hai capito, o se non lo condividi, pazienza!" Dopo oltre mezzo secolo si fa difficoltà a ricordare le trame di quei film e a dare risposte soddisfacenti al significato della parola *Hadjek* che il piccolo Joan pronuncia alla fine de *Il silenzio* (1963), non abbiamo capito il vero motivo che blocca in casa i borghesi de *L'angelo sterminatore* (1962), vorremmo scoprire chi e perché ha ucciso il samurai Takehiro e stuprato sua moglie Masako in *Rashomon* (1952). Chi ha visto quei capolavori, tuttavia, ha ancora vive le immagini del cavaliere Antonius Blok che gioca a scacchi con la morte ne *Il settimo sigillo* (1957), dei mendicanti che parodiano l'*Ultima cena* leonardesca in *Viridiana* (1961), de *I sette samurai* (1954) che difendono i contadini dalla cattività dei briganti. È probabile che con il passare del tempo si ricorderà ben poco anche di questo *Roma*, ma non sarà facile dimenticare scene che tolgono il fiato, come l'uccisione di due manifestanti all'interno di un negozio, l'imbottigliamento nel traffico dell'auto che trasporta Cleo al pronto soccorso e, soprattutto, i piani-sequenza del parto di Cleo e il salvataggio dei bambini che stanno per annegare. Bastano? Per quanto mi riguarda, sì.

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Intrigo internazionale al Royal College of Paediatrics and Child Health (aggiornamento Info 2/2019)

Le nostre attese non sono andate deluse. Il comunicato con cui il RCPCH annunciava la sospensione degli accordi per futuri finanziamenti da parte di produttori di formula era del 31 gennaio 2019. Due settimane dopo, il 13 febbraio 2019, il RCPCH ha emesso un altro comunicato (<https://www.rcpch.ac.uk/news-events/news/rcpch-statement-relationship-formula-milk-companies>). In esso annuncia la decisione da parte del direttivo di non accettare più qualsiasi tipo di finanziamento da parte dei produttori di formula. Si è trattato, negli ultimi anni, di circa 40.000 sterline l'anno per pubblicità e sponsorizzazioni di congressi; una cifra non elevata, poco più di due sterline a testa per i 19.000 soci del RCPCH, una somma che non peserà certamente sulle tasche di questi pediatri.

Ibfan è ovviamente molto soddisfatta per questa decisione, che va in direzione del rispetto del Codice Internazionale e dell'eliminazione dei conflitti di interessi. Resta tuttavia un interrogativo. Nel comunicato, infatti, dopo aver ricordato che la formula è importante per quei bambini che non possono essere allattati (un'affermazione inutile, visto che nessuno ha mai negato questa importanza), il RCPCH scrive che continuerà a cercare di relazionarsi e a collaborare con le aziende produttrici, nel 2019 e oltre, per quanto riguarda le cosiddette formule speciali, pur senza ricevere finanziamenti. Siamo curiosi di sapere in cosa consisteranno queste relazioni e collaborazioni.

(fonte: Ibfan Italia)

Diritti dell'infanzia in Italia: i dati regione per regione del Gruppo CRC

Il rapporto *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: i dati regione per regione 2018*, del Gruppo CRC, fa emergere una forte differenziazione territoriale che impone una riflessione a livello nazionale e locale. I dati sono suddivisi in schede regionali e in 5 raggruppamenti tematici. Vediamoli in sintesi.

1. Dati demografici

La fotografia del paesaggio demografico non presenta nel complesso grandi divari regionali. Tuttavia vi sono Regioni come Liguria e Sardegna dove la natalità è decisamente bassa (6,1) e Regioni in cui il numero dei nati per ogni mille abitanti è invece superiore alla media nazionale, come Sicilia (8,2), Trento (8,3), Campania (8,6), e Provincia di Bolzano, che stacca di 3,5 punti la media italiana (10,2 vs 7,6). Per una fotografia di ciò che la denatalità produce nel tempo sono importanti i dati sull'incidenza dei minori di 18 anni sul totale della popolazione: se la media italiana è già molto bassa (16,2%) alcune Regioni presentano, in questo senso, percentuali allarmanti. La Liguria con 2,5 punti sotto la media (13,7) è la Regione più anziana d'Italia, mentre la Regione con la percentuale maggiore di 0-17enni è l'Alto Adige (19,1). Le Regioni dove la presenza di minori di origine straniera ha maggior peso sono l'Emilia-Romagna (16,1%) e la Lombardia (15,8%). Rispetto alla composizione dei nuclei familiari, in alcune Regioni del Sud la percentuale di famiglie numerose è più elevata della media, mentre la quota di nuclei monogenitoriali è particolarmente elevata nel Lazio (21,4%), in Liguria (19,5%) e in Campania (19,2%) a fronte di una media italiana del 16,1%. Infine, un indicatore demografico positivo: la speranza di vita alla nascita, che in Italia è tra le più elevate al mondo (82,7 anni). Anche qui con delle punte positive in Lombardia e Marche (83,3) che fanno da contraltare a Regioni dove invece il dato è più basso, come la Campania (81,1).

2. Ambiente familiare e misure alternative

Il sistema italiano e quello regionale evidenziano tuttora importanti carenze e non dispongono di un sistema di raccolta dati in grado di garantire – in tempi certi e il più possibile tempestivi – un'adeguata conoscenza del numero e delle caratteristiche dei minorenni fuori dalla propria famiglia d'origine e del loro percorso di accoglienza.

In relazione all'affido familiare i dati confermano il ricorso all'affido ai parenti qua-

le pratica largamente diffusa in particolare nelle Regioni del Sud (che raggiunge l'82% del totale degli affidi in Basilicata, il 78,3% in Molise, il 76,9% in Campania, il 73,7% in Puglia, rispetto a una media nazionale del 47,7%). Se si considera invece la durata degli affidi, si evidenzia una situazione piuttosto differenziata per quelli a lungo termine, oltre i 4 anni, che vede percentuali molto alte (fino al 91,1% sul totale degli affidi) nel Veneto per scendere al 27,9% del Piemonte e al 17% del Friuli-Venezia Giulia, mentre la media nazionale si attesta al 42,3%.

In riferimento all'accoglienza in comunità i dati evidenziano una forte presenza di minorenni stranieri, al netto dei minori stranieri non accompagnati (36,3% rispetto al totale dei residenti nei servizi residenziali a livello nazionale), in particolare se letta in relazione al tasso di minori stranieri sul totale della popolazione minorile in Italia (10,6%). In alcune Regioni i collocamenti in comunità di minorenni stranieri raggiungono percentuali prossime al 50% del totale dei minori collocati (49,1% in Emilia-Romagna, 54,8% in Friuli-Venezia Giulia, 64,8% in Molise).

3. Educazione, gioco e attività culturali

Per quanto riguarda l'offerta educativa per i bambini dalla nascita ai 6 anni, la lettura dei dati regionali restituisce un quadro con divari notevoli. La percentuale di posti disponibili nei servizi educativi per l'infanzia rispetto alla popolazione sotto i 3 anni si colloca sotto la media nazionale (22,8%) in tutte le Regioni meridionali, in particolare in Campania (6,4%), Calabria (8,7%) e Sicilia (9,9%) mentre la Sardegna si distingue in positivo con il 27,9%. A differenza delle Regioni del Sud, la copertura di servizi offerta ai piccoli al Centro-Nord è invece molto elevata, come dimostra il 37,2% dell'Umbria, il 35,7% dell'Emilia-Romagna e il 33,1% della Provincia di Trento. La distribuzione territoriale di tali servizi all'interno di ogni Regione, come rilevato dalla percentuale di Comuni dotati di almeno un servizio, varia da percentuali irrisorie come quella della Calabria (6% dei Comuni) a una copertura estesis-

sima come in Friuli-Venezia Giulia, dove il 100% dei Comuni dispone di almeno un servizio. La scarsità nell'offerta di servizi educativi per l'infanzia nelle Regioni meridionali non corrisponde però a un disinteresse da parte delle famiglie; si vede che la domanda disattesa delle famiglie si riversa nell'accesso anticipato dei bambini sotto i 3 anni alla scuola dell'infanzia dove rischiano di trovare una risposta non adeguata alle esigenze educative e di cura dell'età, come accade al 10% dei bambini in Calabria, mentre in Emilia-Romagna l'accesso anticipato si limita al 2,2%.

La media dei costi a carico dei Comuni è di 6 mila euro annui (Istat, 2014) per ogni bambino, e quella a carico degli utenti è 1500 euro (il 20% del costo complessivo). Al Sud il costo a carico degli utenti è molto più contenuto (500-600 euro annui) mentre raggiunge il massimo nelle Province di Trento e Bolzano (rispettivamente 2300 e 2500 euro), dove anche i Comuni però investono molto di più nei servizi all'infanzia (8200 e 7400 euro).

Per la fascia di bambini 3-6 anni, in alcune Regioni del Sud è quasi sempre lo Stato a gestire le **scuole dell'infanzia**, come nel caso della Calabria, dove il 99% delle scuole dell'infanzia pubbliche è statale. L'offerta comunale è invece più sviluppata nel Lazio e in Emilia-Romagna, dove oltre 1/4 delle scuole pubbliche è gestito dai Comuni.

Le **povertà educative** non nascono però solo all'interno della scuola. Se in Italia la metà dei bambini non ha letto neppure un libro in un anno (a parte i testi scolastici) vi sono Regioni in cui questa percentuale raggiunge il 65% (Sicilia, Campania, Calabria), a fronte di meno di 1/3 a Trento, dove, infatti, la possibilità di utilizzare una biblioteca pubblica accogliente è ben maggiore. Molto interessante anche il dato sulla quota di ragazzi che visitano musei, monumenti, siti archeologici: in media

solo 1/3 ha visitato monumenti e solo la metà un museo. A Trento, i 3/4 dei bambini e adolescenti hanno visitato almeno un museo, in Liguria 3/5, mentre in Calabria ben 3 bambini su 4 non hanno messo piede in un museo nel corso di un anno. Anche essere stati spettatori di uno spettacolo teatrale è un lusso che in alcune Regioni riguarda un numero limitatissimo di bambini: in Calabria e Molise solo 1 bambino su 5, in Campania 1 su 4 e nella maggior parte delle Regioni solo 1 su 3, che corrisponde alla media nazionale.

Anche il numero di minori tra i 3 e i 17 anni che praticano sport in modo continuativo varia sensibilmente da Regione a Regione: in Campania e Sicilia meno di 1/3 è attivo, a fronte del 64% nel Lazio, e del 62% in Toscana e Umbria, mentre la media nazionale si attesta al 50% circa.

4. Salute, disabilità e servizi di base

La recente approvazione di un modello di sistema di garanzia dei livelli essenziali di assistenza riflette in maniera trasversale anche per l'area pediatrica una erogazione dell'offerta a macchia di leopardo. Dati primari relativi a mortalità infantile, obesità e sovrappeso, numero di parti cesarei ecc. si confermano per esempio anche in questo rapporto, con tassi ancora elevati e notevoli differenze regionali.

Per esempio la **mortalità infantile** varia di molto tra il Nord (Friuli-Venezia Giulia al 2,1 per mille e Piemonte 1,6 per mille) e il Sud (Basilicata 3,6 per mille, Calabria 4,7 e Sicilia 4,1) con una media nazionale che si attesta al 2,8 per mille.

Dati parzialmente positivi, dopo anni di interventi specifici, sono quelli inerenti a **sovrappeso ed obesità**. Infatti la disparità di incidenza tra le Regioni sembrerebbe oggi leggermente diminuita e la prevalenza arrestarsi, sebbene con tassi che permangono comunque più elevati al Centro-Sud (per esempio in Campania

sovrappeso ed obesità si attestano rispettivamente al 26,2% e 13,2%) rispetto altre macroaree del Paese (Friuli-Venezia Giulia al 19,1% e 4,2%, la Lombardia con il 19,2% e 4,5%, il Piemonte al 18,4% e 4,7% e la Sardegna con il 17,2% e 4,8%, a fronte di una media nazionale del 21,3% e 7,2%).

5. Povertà e protezione

In Italia oltre 1 minore su 5 vive in **povertà relativa**. Umbria, Friuli-Venezia Giulia e Liguria sono Regioni con 27-28% di minori in povertà relativa, dove però alle famiglie con bambini sono offerti molti servizi. Poi ci sono Puglia, Campania e Sardegna con 1/3 di minori in povertà, e infine Calabria e Sicilia dove il 42% dei minori sono in povertà relativa. Toscana ed Emilia-Romagna, all'opposto, sono le Regioni dove il benessere è più diffuso e solo il 10-11% dei bambini vive in famiglie con livelli di spesa bassi rispetto alla media italiana, cioè è in povertà relativa.

In Italia quasi 1/3 dei bambini e degli adolescenti sono a **rischio di povertà ed esclusione sociale**, con gravi divari regionali: in Sicilia sono il 56%, in Calabria il 49%, in Campania il 47%, in Puglia il 43%. All'opposto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna (circa 1 bambino su 7) poi Veneto (17,5%) e Umbria (20%).

Nel 2018 sono stati **censiti nel sistema di accoglienza 12.457 minori stranieri non accompagnati** (arrivati in Italia senza un adulto di riferimento), in netta diminuzione rispetto al 2017 (erano oltre 18 mila). Si stima poi che quasi 5 mila minori (4981) siano arrivati in Italia e subito spariti (**irreperibili**). La distribuzione territoriale è molto sbilanciata, visto che oltre 5 mila (il 42%) sono presenti in Sicilia (anche la metà degli irreperibili erano segnalati in Sicilia). Le altre Regioni che accolgono i MSNA sono la Lombardia (il 7,8% del totale), Emilia-Romagna e Lazio (6,8%), Calabria e Friuli-Venezia Giulia (6 e 5%).

Sulla leadership scientifica

Qual è la responsabilità di scienziati e medici di fronte alle avversità politiche che danneggiano le società? Nei giorni scorsi, il presidente della Royal Society Britannica ha osservato che "una Brexit senza accordo sarebbe un disastro per la scienza e l'innovazione britannica" e ha invitato i "rappresentanti eletti a mettere al primo posto gli interessi del Paese e ottenere un nuovo piano per prevenire questo risultato catastrofico". Robert Lechler, presidente dell'Accademia delle Scienze Mediche, ha osservato che gli "premi sottolineare ancora una volta che lasciare l'UE senza un accordo è una grave minaccia per la ricerca biomedica e per i pazienti e il pubblico che si affidano alla nostra scienza attualmente collaborativa e di livello mondiale". Il commento di Paul Nurse, direttore del Francis Crick Institute: "I nostri scienziati concordano all'unanimità sul fatto che nessun accordo sarebbe un disastro". I leader scientifici britannici sembrano uniti nella loro resistenza a una calamitosa uscita dall'Unione Europea. Sfortunatamente le loro parole saranno probabilmente troppo piccole, troppo tardi (Lancet 2019;293:304).

Lettere



Il *Titanic* affonda e noi balliamo sordi alle voci dei nostri vecchi

I nostri vecchi così parlarono in un passato non lontano. Franco Panizon in una sua testimonianza raccontava che negli anni Settanta il tempo passava, portando sapere e ammansendo la povertà, e che la democrazia cresceva anche all'interno dell'università ove egli stesso guidò uno sciopero didattico di successo. Pasquale Alcaro, parlando degli anni Settanta, ci raccontava che un medico di famiglia guadagnava allora circa 1 milione al mese, 10 volte di più di un assistente ospedaliero e 30 volte di più di un universitario ma che, a dispetto di ciò, le file più lunghe degli aspiranti in attesa di un posto erano all'università, per l'ospedale le file di attesa erano un poco più corte e per il medico di famiglia non c'era proprio nessuna fila. In quelle loro testimonianze di alcuni anni fa nessuno dei due era ottimista sul futuro del Paese e della pediatria. Ora si può dire che i loro timori erano fondati. La democrazia è in caduta verticale e con essa i conflitti di classe e gli scioperi e, senza conflitti, per la legge del più forte aumentano la povertà e il divario sociale, viene meno l'ascensore sociale, meno giovani accedono ai gradi superiori dell'istruzione e anche il sapere cala. Il Paese non investe denaro sulla formazione della classe dirigente, anche medica, non incrementa le spese per l'accesso alla Facoltà di Medicina e alle Scuole di specializzazione. A questo si aggiunge il guasto epigenetico che la società consumistica ha prodotto sul cervello delle genti, che privilegia il vantaggio immediato e il facile suc-

cesso mediatico e materiale al sacrificio, al progetto a lungo termine di una vita che respiri relazioni e cultura. Così assistiamo a giovani specializzandi che fuggono dalla ricerca e dalla università, disertano o abbandonano i reparti ospedalieri, dove le azioni legali dei privati e le vessazioni burocratiche dei manager seppelliscono il lavoro clinico quotidiano, si rifugiano in una pediatria di famiglia remunerativa ma spesso isolata nel territorio e senza reti né culturali né operative. E tuttavia a breve una pediatria di famiglia agonizzante anch'essa, perché mosca bianca in una Europa totalizzante verso il basso. In carenza del personale ospedaliero e di un disegno organico previsto dalle società scientifiche, essa sarà bruscamente ridimensionata se non cancellata dal primo governo senza colori che dovrà affrontare all'ultimo secondo l'ennesima urgenza di un Paese cieco. Su questo ancora sordi alla testimonianza di un altro grande vecchio, Fabio Sereni. A proposito della pediatria di famiglia, egli diceva: "Mi pare ovvio che non sarà possibile conservare lo status quo. Il numero dei pediatri sarà nei prossimi anni insufficiente a coprire il turnover, anche se si provvedesse ad aumentare significativamente il numero degli specializzandi. Sarà necessario ridisegnare il ruolo dei pediatri di famiglia. Non so quale scelta sarà fatta. Se limitare l'età di assistenza pediatrica 'esclusiva', o rinunciare gradualmente al pediatra di famiglia per istituire un ruolo di 'consultant' alla maniera del Regno Unito". Possiamo dire che a oggi non abbiamo fatto alcuna scelta e quindi la subiremo. Così, mentre il *Ti-*

tanic affonda, noi nelle nostre riviste e nei nostri congressi continuiamo a parlare di "produzione e lettura di libri in Italia", di "un ombelico... spesso bagnato", di "raffreddore e soluzione ipertonica: un buon matrimonio?", di "funghi che non sono funghi". Guardiamo le pagliuzze negli occhi dei bambini e non vediamo la trave che sta cadendo sulla nostra testa e quindi sulla loro. O scriviamo infine (cito sempre 'Medico e Bambino' e 'Quaderni ACP' che sono l'avanguardia) editoriali molto consolatori e che forse ci tirano su di morale, come quello di Federico Marchetti sulla magia di vivere il presente scommettendo sul futuro. Ma il futuro non si costruisce né con la consolazione né con l'autocompiacimento, si costruisce con la lotta e col conflitto, con lo sciopero delle coscienze e delle braccia contro un blocco di potere politico e sociale che, consapevolmente o meno, ci vuole condurre alla arretratezza e alla rassegnazione di un Paese del terzo mondo. I nostri vecchi, che sono stati l'avanguardia di ieri, ci chiedono di essere l'avanguardia di oggi e di domani, e non i guardiani passivi dello status quo. Questo a mio avviso è oggi il primo dovere morale dell'ACP in nome dei suoi padri e dei suoi bambini.

Francesco Ciotti

Leggo e rimando all'interessante scambio/confronto epistolare già pubblicato in Quaderni acp (2018;3:91-3) dettato da una complessità vissuta ogni giorno "sul campo" e sempre più un'emergenza, ancora tutta da contrastare.

Federica Zanetto

Da Tabiano a Parma di bene in meglio...



Giancarlo Biasini

direttore editoriale Quaderni acp

C'erano molti dubbi, nel cuore dei tabiano-fili, sul destino dell'amato convegno nella trasferta a Parma. Loro amavano tutto di Tabiano; quell'aria un po' così fra il decadente e il demodé, fra Pascoli e D'Annunzio. Quell'odore salsobromiodico, caro agli antichi romani e ai celti. Avevano finito per amare di Tabiano anche gli spifferi, l'umidità e le sfumature verdine di muffa delle stanze; amavano perfino i limiti di quella sala e quelle sedie aggiunte in fondo all'ultimo momento. Gli era caro quel ri-vedersi fra gente, sempre quella, che ogni anno si ritrovava nel foyer. A Parma (Hotel Parma&Congressi) i dubbi, dal giovedì al sabato, si sono dissolti. Questo moderno Hotel, scovato da Giuseppe Boschi nella pianura emiliana abitata dagli aironi cinerini, ha permesso ai dubbiosi di incontrarsi con una schiera di giovanotti altrettanto attenti che hanno vivificato l'antico convegno. Anzitutto raddoppiandolo. Nel pomeriggio di giovedì 14 febbraio due sessioni in due sale diverse l'una con 260 posti l'altra con 70: un seminario dedicato all'importanza dell'attaccamento e della funzione genitoriale, a cura di ACP Emilia e del Journal Club di Reggio Emilia, con Francesco Ciotti come discussant e l'altra, "Pediatra Giovani", affidata agli specializzandi con Egidio Barbi come discussant. Sale piene, diapositive leggibili (ricordate l'offusco di Tabiano?). La sera dedicata al Teatro dell'assurdo di Auro della Giustina pediatra, attore e autore di un testo molto divertente. A fine teatro, essendo il giorno di S. Valentino, rose rosse, lambrusco e musica con Giuseppe Boschi e Giorgio Longo come scalchi. Poi il venerdì 15 febbraio, tutti insieme in una sala piena fin dall'apertura con 350 partecipanti. Tutti attenti alle relazioni inframmezzate dai casi di specializzandi/e. Problemi quotidiani: Microematurie, Miocarditi, Macchie sulla pelle, Orticaria, Angioedema. Poi, secondo lo schema Tabiano, i gruppi

di studio con gli stessi relatori ad approfondire e chiarire. Nel pomeriggio prima il tradizionale "Abbecedario alla lettera F" con Duccio Peratoner e poi la neuropsichiatria infantile. Giovanni Cioni di Stella Maris di Pisa ha presentato la "Care Toy" (vedetela in <http://www.caretoy.eu/>) come l'avvenire della riabilitazione. Si tratta di giocattoli intelligenti come cura riabilitativa frutto del "matrimonio" tra neuroscienze e alta tecnologia: una "scatola-palestrina" con giochi sensorizzati per la riabilitazione dei bambini con problemi fino dalla nascita, messa a punto dal progetto europeo coordinato dall'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Samo vicini a una rivoluzione? Sono andato nel gruppo di studio a chiederglielo. Lui, toscano, grande ottimista e sorridente, dice di sì e io gli credo anche se non so se la vedrò. A cena una sorpresa. Giuseppe Boschi, in gran forma (quest'anno ha anche cantato), ci ha regalato ancora una volta le canzoni vecchie e nuove con strumenti e voce di Vittorio Canepa pediatra e musicista e di Mario Zecca ma, accanto a loro, anche la giovanissima pianista coreana Sera Shin che accompagnava il giovane tenore Antonio Mandrillo. La lirica non poteva mancare a Parma, città del cigno di Busseto e ancor oggi paese di melomani compreso il cameriere Leonardo che ci serviva a tavola. Sabato 16 febbraio, in apertura, molto apprezzata una lettera di saluto dei genitori di Giulio Regeni che erano stati invitati a presenziare al congresso: *Ringraziamo per il cortese invito a partecipare al Vostro Convegno. Purtroppo per noi è un periodo molto impegnativo. Vi chiediamo di starci accanto: la Vostra vicinanza è molto importante per illuminare la nostra richiesta di Verità e Giustizia per Giulio. Avete un ruolo importantissimo nella crescita e sviluppo dei bambini e ragazzi, non solo come benessere fisico ma anche come aiuto alla crescita del buon sviluppo cognitivo e quindi della possibilità di*

pensare ed esprimere le proprie idee. Voi avete un ruolo importantissimo nello sviluppo dei bambini e ragazzi, come benessere fisico ma anche come aiuto alla loro crescita. Vi auguriamo buon lavoro, con i cittadini di oggi che sono i bambini. Nella sessione di "Pediatra quotidiana" una nuova riedizione dell'antico "Perché si sbaglia" (3 errori da non fare) e poi il LIBER SCRIPTUS di Costantino Panza. Il libro era "Il re in ascolto", un racconto di Italo Calvino inserito in una serie dedicata ai cinque sensi. Il re rappresentava l'udito. La discussione che ne è seguita (una novità la discussione del LIBER SCRIPTUS) si è riferita ai "ritmi" nel loro più diverso essere. A chiusura del convegno una innovazione: "Cosa abbiamo imparato" moderato da Federica Zanetto e affidato a 12 convegnisti/e (uno per ogni relazione) per raccontarci la cosa più importante della relazione ascoltata; una cosa da dire in un battibaleno al massimo due. Una novità in progress forse da perfezionare. Alle 15 del sabato infine, a congresso chiuso, il collega Italo Marinelli di ACP Umbria ha guidato alcune decine di pediatri/e amanti dell'arte in un giro per Parma visitando la Camera di San Paolo, un gioiello della pittura rinascimentale all'interno dell'ex monastero di S. Paolo, capolavoro del Correggio, che la affrescò tra il 1519 e il 1520. La "Camera" era in origine parte dell'appartamento privato della badessa Giovanna da Piacenza, coltissima organizzatrice e anima di un vero e proprio salotto che combatté una lunga battaglia contro il Papa che ne voleva limitare l'indipendenza riportando le suore allo stato di clausura. Colta conclusione dell'edizione XXVIII del convegno che era alla sua seconda "migrazione": dice infatti la storia dell'ACP che le prime edizioni si sono tenute a Salsomaggiore Terme. Ci sono tutte le condizioni perché continui in buona salute.

✉ giancarlo.biasini@fastwebnet.it

FaD 2019

www.acp.it

QACP

- ✓ Le leishmaniosi: diagnosi e terapia
F. M. Rosanio, M. Sarno, C. Mandato, P. Siani
- ✓ La dismenorrea in età adolescenziale: clinica e terapia
G. Tridenti, C. Vezzani
- ✓ Le cefalee in età pediatrica
G. Tricomi
- ✓ Celiachia: tre, due, una, nessuna biopsia?
P. Femicola, M. Fornaro, E. Valletta
- ✓ Asma grave: quando ricorrere ai farmaci biologici
G. Piacentini, L. Tenero
- ✓ Il Follow-UP del neonato pretermine: a piccoli passi verso il futuro
A. Coscia, P. Di Nicola, C. Pella

• **Qualità elevata**
... senza sponsor

€ .60,00 per i soci ACP

- **Problematicità**
- **Interattività**
- **Messa in pratica**

18
ECM*

Editoriale**97 Rapporti e Osservatori***Federica Zanetto***98 Ricordiamo i neonati olandesi a un anno di distanza***Costantino Panza***Formazione a distanza****99 Le cefalee in età pediatrica***Giovanni Tricomi***Infogenitori****109 “Mi fa male la testa!”***Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli***Ricerca****110 La gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso: survey negli ospedali italiani***Franca Benini, Emanuele Castagno, Gregorio Paolo Milani***Research letter****113 Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al congresso “Da Tabiano a Parma”****Aggiornamento avanzato****115 L'emottisi in età pediatrica. Inquadramento e gestione delle emorragie polmonari nel bambino***Matteo Botti, Valeria Galici, Cesare Braggion***Salute mentale****120 CareToy ovvero il gioco “intelligente”***Intervista di Massimo Soldateschi a Giuseppina Sgandurra***Il punto su****122 Il Nurturing Care Framework. Implicazioni per l'Italia e per il lavoro dei servizi sanitari: i “punti di contatto” nei primi 1000 giorni***Giorgio Tamburlini***125 Regionalismo differenziato: il colpo di grazia all'universalismo del SSN?***Nino Cartabellotta**Commento a cura di Paolo Siani***Endocrinologia pratica per il pediatra****129 Ingrassa, ma non cresce...***Brunetto Boscherini, Salvatore Scommegna***Occhio alla pelle****131 Occhio... all'orecchio***Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina***Osservatorio internazionale****133 La sanità ai tempi della Brexit.****Cosa ci aspetta dietro l'angolo***Stefania Manetti***Il bambino e la legge****135 Ludopatia o GAP (gioco d'azzardo patologico): scienza e diritto***Augusta Tognoni***Vaccinacipi****137 Salmonella tifoidea: riguarda anche noi***Franco Giovanetti***Libri****138 La famiglia è in crisi. Falso!***Maria Castiglioni, Gianpiero Dalla Zuanna***138 Attraverso lo schermo. Cinema e autismo in età evolutiva***Maurizio Bonati***139 La nascita: rischi reali, pericoli percepiti***Anita Regalia, Grazia Colombo***139 Lettore vieni a casa. Il cervello che legge in un mondo digitale***Maryanne Wolf***Film****140 Roma***Rubrica a cura di Italo Spada***Info****141 Info: notizie sulla salute***Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali***Lettere****143 Il Titanic affonda e noi balliamo sordi alle voci dei nostri vecchi****Congressi in controluce****144 Da Tabiano a Parma di bene in meglio...***Giancarlo Biasini***Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP**

La quota d'iscrizione per l'anno 2019 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 Montiferru, 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 scaricare gratuitamente l'e-book *Formazione a distanza 2015-2017* dall'area riservata ai soci (www.acp.it); 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.