ANNO **XIV** - Numero **4** - 2019 - ISSN 1970-8165

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

Le sfide dell'adolescente con sindrome di Turner

Operatori scolastici, morbillo e vaccinazioni

Il triage telefonico: l'occhio rosso da corpo estraneo nell'occhio

Poste Italiane s.p.a.- Spedizione in Abbonamento Postale- 70% - LO/MI

Editoriale

Cari amici,
il 2019 volge al termine, un anno pieno di grandi gioie e soddisfazioni: mi sembra ieri che la mia piccola paziente ha sgranato gli occhi venendo a sapere che io, il suo Pediatra da sempre, sono il Presidente della SIPPS, una Società di cui aveva sentito parlare grazie al suo sussidiario. Questo piccolo aneddoto di vita quotidiana, in apparenza così semplice, mi ha dato in realtà una grande carica, che si è mantenuta viva e costante in questi mesi: sapere che i ***frutti del nostro lavoro*** *non sono rimasti confinati alla comunità scientifica, ma, grazie al MIUR,* ***sono arrivati anche sui banchi di scuola****, in particolare nel quarto e quinto ciclo della scuola primaria, a disposizione proprio dei destinatari di tutte le nostre attenzioni: i bambini.*

È stato semplicemente fantastico.

Poi, le nostre riunioni, le notti insonni per completare tutte le iniziative in programma, riuscirci e farlo bene. Armonizzare il lavoro di ben 21 Società scientifiche, ***insieme al campus Bio-Medico di Roma, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute****, in maniera totalmente paritetica, far collaborare 365 autori per dare vita ai nostri documenti, sebbene sia stato un lavoro certamente difficile, è stato facilitato immensamente dalla perfetta identità di vedute per quanto riguarda i risultati finali, da parte di tutti. L'entusiasmo e la voglia di fare hanno poi contribuito a rendere questo impegno un vero piacere.*

Infine, il nostro Congresso di Como.

Mettere insieme tutti voi colleghi, amici in questo momento davvero speciale, non solo perché scientificamente di livello elevatissimo, ma anche perché è un'occasione di confronto, di ravvivare amicizie e collaborazioni in un clima sempre piacevole e conviviale, dove io mi sento davvero come a casa.

Grazie a tutti, ai relatori innanzitutto, che, come sempre, hanno fatto un lavoro esemplare. A voi partecipanti, per esserci stati e aver contribuito a dare la giusta importanza a questo evento. Agli organizzatori, agli editori delle nostre pubblicazioni, dietro le quinte, ma fondamentali per la buona riuscita di tutte le nostre iniziative.

Ci tengo ad anticiparvi che anche l'anno prossimo sarà ricco di novità.

I temi cardine saranno ***la sicurezza alimentare a tavola, la prevenzione primaria dei disturbi del neurosviluppo e dello spettro autistico e la pediatria della disabilità****: saremo dunque impegnati su questi due argomenti di prevenzione che, sono certo, ci daranno ancora una volta grande soddisfazione.*

Vi lascio ora alla lettura di questo IV numero con una ricca Agorà che vi racconta in breve l'emozione di Como e che abbiamo impreziosito con alcuni video di cui potete trovare i link. Seguono articoli di grandi firme della SIPPS, davvero interessanti e di valore.

Infine, vorrei augurare a tutti un Buon Natale e un felice inizio d'anno con le persone che avete più care.

Con stima,

Dott. Giuseppe Di Mauro
Presidente SIPPS

ANNO **XIV** - Numero **4** - 2019
ISSN 1970-8165

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE
Giuseppe Di Mauro
VICE PRESIDENTI
Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello
CONSIGLIERI
Salvatore Barberi, Simonetta Bellone, Elena Chiappini, Salvatore Grosso, Attilio Varricchio
SEGRETARIO
Maria Carmen Verga
TESORIERE
Emanuele Miraglia del Giudice
REVISORI DEI CONTI
Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza
RESPONSABILI RAPPORTI CON ENTI E ISTITUZIONI
Luca Bernardo
RESPONSABILI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E COMUNICAZIONE
Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli
JUNIOR MEMBERS
Lucia Diaferio, Pietro Falco

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE
ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

DIRETTORE RESPONSABILE
Giuseppe Saggese
DIRETTORE
Giuseppe Di Mauro
COMITATO EDITORIALE
Salvatore Barberi, Luca Bernardo, Sergio Bernasconi, Gianni Bona, Annamaria Castellazzi, Elena Chiappini, Giuseppe Di Mauro, Lucia Diaferio, Pietro Falco, Ruggiero Francavilla, Daniele Ghiglioni, Paola Giordano, Lorenzo Mariniello, Gianluigi Marseglia, Vito Leonardo Miniello, Emanuele Miraglia del Giudice, Giuseppe Saggese, Giovanna Tezza, Attilio Varricchio, Leo Venturelli, Maria Carmen Verga

Registrazione Tribunale di Parma – N. 7/2005
Sede SIPPS
Via Salvatore Di Giacomo, 14 - 81031 Aversa (CE)
Tel. 335.6351051
E-mail: presidenza@sipps.it

AGORÀ 5

REVIEW
The Engel's legacy, una rivoluzione gentile in medicina: dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale, anticipazione della medicina di precisione
Parisi G, Fanos V, Vendemmia S, Vendemmia M 14

PILLOLE DI EBM
Osserva molte cose… scarta quelle insicure e comportati con molta cautela nei confronti di quelle rimanenti. Avrai così minore probabilità di sbagliare *(Confucio) - Parte terza*
Buzzetti R, Verga MC 19

ESPERIENZE
Le sfide dell'adolescente con sindrome di Turner
Dei M 27

APPROFONDIMENTI
Operatori scolastici, morbillo e vaccinazioni
Pinto L, Liguori R, Del Gado R, Di Mauro G 34

DOCUMENTI
Il triage telefonico: l'occhio rosso da corpo estraneo nell'occhio
Venturelli L 38

Editore
Sintesi InfoMedica S.r.l.
Redazione
redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it
Marketing e vendite
Marika Calò
m.calo@sintesiinfomedica.it
Stampa
Grafica Esseo Team - Via R. Boscovich 14
20124 Milano - Italia

© 2019 Sintesi InfoMedica S.r.l.

Il Congresso Nazionale SIPPS

Rotte sicure per orizzonti di salute

Como, 24-27 ottobre 2019

Giovedì 24 ottobre

Giuseppe Di Mauro apre ufficialmente i lavori del Congresso insieme ai rappresentanti di varie istituzioni. Nel suo discorso inaugurale il Presidente ha ricordato alla platea che promuovere salute significa non soltanto prevenire le malattie con interventi di profilassi, ma anche e soprattutto coinvolgere la famiglia nell'adozione di stili di vita salutari e nella cura dell'ambiente in cui il bambino vive. Un'efficace promozione della salute in gravidanza e durante il periodo dell'infanzia è infatti fondamentale per prevenire complicanze nell'età adulta e senile. Per ottenere questo scopo, – ha argomentato Di Mauro – serve la medicina, basata sulle evidenze scientifiche, ma non solo: **serve anche la PERSONA**, la sesta P che ci serve per costruire rotte sicure per orizzonti di salute, che si aggiunge alle altre 5 fondamentali P della medicina moderna: di Precisione, Personalizzata, Predittiva, Partecipativa e Preventiva.

La SIPPS, con i suoi oltre 2000 iscritti, è da sempre in prima linea per veicolare questo nuovo concetto di gestione del paziente.

Ad arricchire la giornata inaugurale, due letture magistrali su argomenti di stretta attualità e sui quali la SIPPS si soffermerà nel corso del prossimo anno: il **Dott. Alessandro Apolito**, esponente del Ministero delle Politiche Agricole, ha affrontato la "Valorizzazione della filiera agroalimentare italiana: **prevenzione e sicurezza alimentare sulla tavola del bambino". "Il confronto con il mondo dei pediatri è fondamentale per il Ministero** – ha spiegato il Dott. Apolito. Vogliamo costruire politiche di filiera che vadano dal lavoro agricolo fino alla tutela del consumatore, anche e soprattutto dei più piccoli.

Il nostro obiettivo è valorizzare il lavoro degli agricoltori e degli allevatori italiani che sta dietro anche alla qualità degli alimenti per l'infanzia. Dialogare con il mondo dei pediatri ci consentirà di fare di più e meglio per tutto il sistema alimentare nazionale".

Ernesto Burgio e Daniela Lucangeli si sono invece soffermati sulla **"Prevenzione primaria dei disturbi del neurosviluppo e dello spettro autistico"**. Negli ultimi decenni un incremento significativo si è registrato non solo per tutti i disturbi del neurosviluppo ma anche per le patologie neuropsichiatriche maggiori (soprattutto per la depressione major e in particolare per la depressione giovanile), per cui oggi si tende a parlare di uno spettro unico di disturbi di ambito neuropsichico. Negli stessi anni si è inoltre registrato un aumento altrettanto significativo e continuo di patologie endocrino-metaboliche (pandemia di obesità e diabete 2 giovanile), infiammatorie e immunomediate (allergie e patologie autoimmuni), tumorali e neurodegenerative che sembrano configurare una vera e propria transizione epidemiologica maggiore e che, soprattutto, sembrano condividere un'origine precoce nell'alterata programmazione fetale di tessuti e organi e, di conseguenza, una continua anticipazione nell'età di insorgenza del quadro sintomatologico.

GUARDA I VIDEO:

I cinque temi caldi del congresso di pediatria della SIPPS

Dott. Giuseppe Di Mauro

Pediatra, presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

https://www.youtube.com/watch?v=KAJShWSAgpM

L'autismo sta aumentando?

Dott. Ernesto Burgio

Pediatra, ECERI - European Cancer and Environment Research Institute, Bruxelles https://www.youtube.com/watch?v=s_DHUiobeXo

Venerdì 25 ottobre

La giornata è stata interamente dedicata alla presentazione del lavoro intersocietario svolto nel corso dell'anno, con la discussione delle Consensus e delle Guide pratiche pubblicate o in fase di completamento.

CONSENSUS INTERSOCIETARIA CORTICOSTEROIDI INALATORI IN ETÀ EVOLUTIVA

Oltre alle corrette indicazioni ed alle raccomandazioni per la somministrazione di questi farmaci in età pediatrica, sono stati presentati i risultati di un'indagine sull'impiego dei corticosteroidi inalatori (CSI) da parte dei Pediatri italiani.

La survey ha raccolto informazioni sulla scelta del trattamento farmacologico e sulla modalità di gestione delle patologie che richiedono l'uso dei CSI da parte dei pediatri, che verranno confrontate con i dati ottenuti successivamente alla pubblicazione della Consensus e alla sua implementazione.

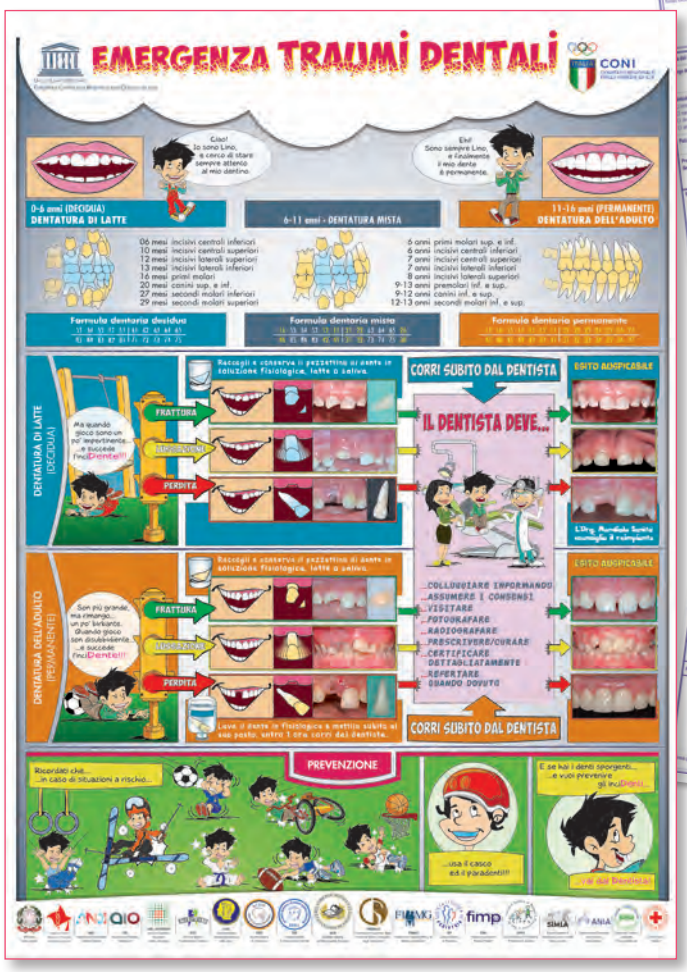
Senza avere la pretesa di essere un trattato esaustivo di Odontoiatria pediatrica, essa è nata (ed è stata costruita) con il preciso scopo di dare uno strumento di facile consultazione per il Pediatra su una disciplina che per molto tempo è stata considerata di pertinenza esclusivamente specialistica. Integrare le specificità del mondo odontoiatrico con le peculiarità assistenziali della pediatria, ottimizzandone la collaborazione e potenziandone gli aspetti assistenziali a vantaggio del bambino e dell'adolescente, sono stati i motori che hanno portato allo sviluppo di una fruttuosa collaborazione fra le principali Società di Odontostomatologia e di Pediatria e alla realizzazione di questa Guida.

La guida contiene inoltre due strumenti importantissimi, elaborati e messi a disposizione dagli Autori della Guida: **la "scheda certificativa di valutazione del trauma dentale in pazienti in età evolutiva", costituita di due pagine da compilare integralmente e sottoscritte dal Medico e dal Genitore/Tutore** per la valutazione e la documentazione di questi incidenti, ed il **poster didattico-informativo sulle norme comportamentali di prevenzione e di gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva**, rispettose delle Linee Guida aggiornate al febbraio 2018, alle quali i clinici devono ottemperare con puntualità e completezza.

GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Riconoscere per prevenire i principali quadri di patologia orale. Promozione della corretta salute orale.

Una Guida unica nel suo genere, snella, ma completa, che sarà di grande aiuto a tutti i Pediatri italiani per promuovere interventi e corretti stili di vita per la salute orale, riconoscendo, nel contempo, in maniera tempestiva, i principali quadri patologici per un pronto invio allo specialista odontoiatra.



I pdf del poster e delle schede certificative sono disponibili al seguente link:
https://www.sipps.it/attivita-editoriale/infografiche/ emergenza-traumi-dentali/

CONSENSUS SULL'ATTIVITÀ SPORTIVA RELATIVA ALL'ETÀ EVOLUTIVA

L'attività fisica regolare, opportunamente dosata in quantità e frequenza, svolge una funzione benefica ad ampio raggio sulla salute fisica e mentale dell'uomo. L'esercizio fisico ha la capacità di svolgere una potente funzione preventiva su numerose patologie gravi e spesso croniche e mortali quali il diabete tipo 2, l'ictus, l'ipertensione, il cancro (e in particolare il cancro alla mammella e al colon), l'osteoporosi, le malattie neuro-degenerative (Alzheimer e Parkinson) la depressione e l'ansia patologica. Questa silenziosa azione protettiva si accompagna ad un significativo miglioramento della qualità di vita e del livello di autostima, ad un rallentamento dei processi di invecchiamento cellulare a livello muscolare e si associa ad una riduzione del rischio di declino cognitivo e di sviluppo di demenza.

Se c'è unanime accordo sugli effetti benefici dell'attività fisica, maggiore attenzione deve essere posta all'attività sportiva, soprattutto agonistica, in un'età particolare di crescita e sviluppo come quella pediatrica ed adolescenziale.

La Consensus affronta quindi, con il contributo dei maggiori specialisti in ogni settore, anche le principali problematiche che il bambino che pratica sport si trova ad affrontare, per affrontare nel migliore dei modi questa importante e bella esperienza.

fimp SIAIP SITOP SINut SIMEE

CONSENSUS INTERSOCIETARIA
IL BAMBINO E L'ADOLESCENTE
CHE PRATICANO SPORT

Il numero dei soggetti in età evolutiva che pratica sport costantemente è elevato (vedi documenti ISTAT e CONI). Ciascun pediatra di famiglia pertanto ha tra i suoi assistiti numerosi sportivi. È importante saper promuovere la pratica di attività sportiva ma è anche importante conoscere i rischi che essa può comportare, al fine di prevenire e curare eventuali patologie fisiche o psicologiche ad essa correlate.

NOTA: la normativa che istituisce le età minime per iniziare a praticare sport agonistico nasce soprattutto per salvaguardare la salute dei bambini.

IDEATORE
Domenico Meleleo

COORDINATORI
Domenico Meleleo, Maria Carmen Verga

COORDINAMENTO SCIENTIFICO
Giuseppe Di Mauro

CONSENSUS ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali.

Nata dalla forte volontà di esperti Pediatri e Nutrizionisti di dare un valore *evidence-based* alle modalità corrette del cosiddetto "divezzamento", di cui ormai esistono moltissime correnti, questa Consensus, la prima in lingua italiana, rappresenta davvero una pietra miliare per quanto riguarda le conoscenze aggiornate su questa tematica, un punto di riferimento per il Pediatra moderno. Redatta con una metodologia rigorosa basata sulle evidenze scientifiche e frutto di una ricerca e selezione minuziosa della letteratura disponibile, fornisce al contempo raccomandazioni concrete e attuabili, con lo scopo ultimo di rendere questa delicata fase di transizione quanto più serena possibile, rispettando *in primis* la salute del bambino ma anche le tradizioni culinarie della famiglia.

CONSENSUS INTERSOCIETARIA
ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE:
strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali
fimp SIDOHaD SINUPE

Sabato 26 ottobre

Spazio alle tematiche strettamente correlate alla Pediatria Preventiva e Sociale, con relazioni che hanno coinvolto moltissimi campi.

GUARDA I VIDEO:

Passato, presente e futuro della vitamina D
Prof. Giuseppe Saggese
Già direttore della Cinica Pediatrica, Università degli Studi di Pisa
https://www.youtube.com/watch?v=aSVHbxfzRRA

Cosa ne sanno i pediatri della vitamina D? Ce lo dice un'indagine della SIPPS
Dott. Giuseppe Di Mauro
Pediatra, presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)
https://www.youtube.com/watch?v=1fu4t87mwg8

3 cose da sapere sulla dermatite atopica
Dott.ssa Iride Dello Iacono
Responsabile Unità Operativa Semplice di Pediatria ed Allergologia
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli, Benevento
https://www.youtube.com/watch?v=rHVmocLCpDY

Lisati batterici, efficacia nelle infezioni respiratorie ricorrenti confermata dall'agenzia europea
Prof. Diego Peroni
Ordinario di Pediatria Generale, Università degli Studi di Pisa
https://www.youtube.com/watch?v=WP4KN0CPhiQ

Enuresi, quando i bambini la fanno ancora a letto: un problema da non sottovalutare
Dott. Antonio D'Alessio
Direttore UOC di Chirurgia pediatrica, ospedale di Legnano (Mi)
https://www.youtube.com/watch?v=_c-nnORkHTw

LA PELLE DEL BAMBINO IN SALUTE E MALATTIA

La pelle è un organo complesso e nel bambino non ha raggiunto ancora la sua piena potenzialità. È noto infatti che nel lattante la barriera cutanea è ancora in fase di sviluppo e, fino ai due anni di vita, va incontro a un processo di ottimizzazione: il suo strato superficiale **non possiede** quindi ancora **un'efficace barriera protettiva: la cute del bambino è più soggetta a perdere acqua e a diventare secca. Tutto ciò aumenta il rischio di danno a questo delicato organo.**

È necessario, dunque, che fin dalla nascita **la barriera cutanea sia mantenuta integra, sana e ben idratata**: ogni Pediatra dovrebbe esserne consapevole e promuovere tutte le azioni necessarie per ottenere questi risultati. Da queste considerazioni, è nato **SHAPED**, un progetto educazionale che si è prefisso di sensibilizzare noi Pediatri riguardo all'importanza di una corretta detersione e idratazione della pelle del bambino, fin dalla nascita, per evitare o contenere le possibili manifestazioni cutanee infiammatorie, tra cui la dermatite atopica. Il progetto ha previsto la pubblicazione di un poster educazionale, distribuito attraverso la RIPPS, e la realizzazione di una survey, i cui risultati preliminari sono stati presentati durante una sessione del congresso. **La survey è ancora in corso ed è possibile partecipare cliccando al seguente link:**
https://it.research.net/r/7CFHMD3
o inquadrando il QR code:

IL PROGETTO NUTRIPIATTO

Insegnare ai bambini una corretta alimentazione: il progetto Nutripiatto
Dott.ssa Lisa Mariotti
Nutrizionista pediatrica, Casa Pediatrica Fatebenefratelli Sacco Milano
https://www.youtube.com/watch?v=jLlGD18WmN8

Domenica 27 ottobre

Giornata di chiusura, con la mattinata dedicata ancora alle tematiche della Pediatria Preventiva e Sociale e verifica finale dell'apprendimento per l'accreditamento del punteggio ECM.
Tra i temi trattati, la febbre e il dolore in età pediatrica, il veganesimo, le vitamine del gruppo B, i disordini funzionali gastrointestinali, gli emangiomi infantili, le disabilità e il progetto Tandem, nato con l'intento di seguire insieme ai genitori le tappe di crescita e sviluppo dei bambini.

GUARDA I VIDEO:

Quali sono gli effetti sul bambino di una dieta strettamente vegana?
Prof. Andrea Vania
Professore aggregato di Pediatria, Università La Sapienza, Roma
Responsabile del Centro Nutrizione Pediatrica, Policlinico Umberto I, Roma
https://www.youtube.com/watch?v=wcdj0T8MVzM

Allergia agli anestetici in pediatria: cosa fare?
Dott.ssa Lucia Diaferio
Pediatra e allergologa, Dottoranda Università di Bari
https://www.youtube.com/watch?v=WQEtigku4Is

Coliche, stipsi e reflusso gastroesofageo in età pediatrica: perché si verificano?
Prof. Vito Leonardo Miniello
Docente di nutrizione pediatrica Università di Bari
https://www.youtube.com/watch?v=jrzqShFe4yI

Progetto Tandem: un percorso di crescita del bambino e della sua famiglia
Dott. Leonello Venturelli
Pediatra di famiglia, nonché Garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per Bergamo
https://www.youtube.com/watch?v=pomlHn0ZYSc

Per rivedere il Congresso di Como: https://www.sipps.it/eventi-formativi/como-2019/

Alcuni momenti del Congresso di Como

In occasione della Giornata Mondiale della Tolleranza la SIPPS invita i genitori a spiegare ai propri figli il significato profondo di "tolleranza"

Il 16 novembre si è celebrata in tutto il Mondo la **Giornata Internazionale della Tolleranza**, tema molto attuale e controverso, in un mondo che oggi si confronta tutti i giorni con episodi di intolleranza.
SIPPS ha colto quindi l'occasione della Giornata Internazionale per ricordare ai genitori l'importanza di educare e formare i propri piccoli al rispetto e alla tolleranza verso qualunque diversità.
"Oggi le nostre classi sono composte da molteplici etnie, i bambini si confrontano, sempre più spesso, con i coetanei di culture e nazionalità diverse. È proprio in questo contesto che entra in scena l'importanza della formazione che ha ricevuto il piccolo, i valori con cui è stato cresciuto – spiega il **Dottor Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS**.
Dobbiamo essere noi genitori a parlare con i nostri figli, ad insegnare loro il rispetto per l'altro e l'accettazione di ogni diversità di cultura, colore della pelle, etnia o religione, evitando così il generare di sentimenti di ansia o paura per il diverso."
Sono sempre più numerosi, infatti, gli episodi di intolleranza che i bambini si trovano a dover sopportare sia come testimoni involontari sia a volte come vittime. Basti pensare ai campi di calcio oppure ai frequenti episodi di intolleranza religiosa.
"La diversità deve essere vista come un'occasione, un'opportunità, un punto di incontro e socializzazione alla base della mentalità moderna, – aggiunge il Dottor Di Mauro, senza dimenticare che alcuni stati emotivi negativi purtroppo si "apprendono" molto velocemente per imitazione involontaria sin dalla giovane età".

30 novembre - 1° dicembre. Incontro con gli esperti della SIPPS alla Città della Scienza per il lancio della nuova guida Nutripiatto 2.0

Nel Museo Corporea della Città della scienza di Napoli sono stati allestiti i nuovi laboratori su Nutripiatto, il progetto di Nestlé – che si avvale del contributo scientifico della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) e dell'Università Campus Bio-Medico di Roma – pensato per diffondere i principi di una corretta alimentazione per tutta la famiglia, con pasti bilanciati e con porzioni a misura di bambino.
È stato quindi predisposto e distribuito un kit composto da un piatto "intelligente" e da una guida didattica che spiega come utilizzare il Nutripiatto e offre numerose ricette pensate dagli esperti e modulate in funzione delle diverse fasce di età, dai 4 ai 12 anni.
Il traguardo al quale si punta è di sensibilizzare ai temi della corretta nutrizione 500.000 bambini entro il 2020: a oggi sono circa 226.000 i bambini raggiunti grazie agli eventi organizzati sul territorio e alle richieste spontanee da parte di famiglie, di pediatri, nutrizionisti e medici, di scuole, di enti e amministrazioni locali.
Sabato 30 novembre e domenica 1° dicembre, nell'ambito del weekend di Città della Scienza intitolato Affamati di Scienza! a tema Buona e corretta alimentazione, sono stati organizzati a Napoli numerosi laboratori per bambini partendo proprio da Nutripiatto, che hanno sensibilizzato i più piccoli sui principi di un'alimentazione bilanciata divertendosi a comporre il proprio pasto bilanciato, mettendo così in pratica le nozioni apprese.
Non solo laboratori per bambini, un weekend speciale anche per i genitori: domenica 1° dicembre alle ore 12.00 gli adulti hanno potuto confrontarsi con due esperte della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), **Iride Dello Iacono** e **Maria Carmen Verga**, che hanno presentato il progetto e hanno risposto alle domande e alle curiosità di grandi e piccini.

Alcuni momenti dell'evento alla Città della Scienza

Norme per gli autori

1. **Pediatria Preventiva & Sociale - Organo della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale** è una rivista che pubblica, in lingua italiana o inglese, lavori scientifici originali inerenti il tema della Medicina Pediatrica, in particolare sotto l'aspetto della prevenzione e dell'impatto sociale.

2. I lavori debbono essere inviati tramite e-mail alla Redazione della Rivista, corredati di titolo del lavoro (in italiano e in inglese), di riassunto (in italiano e in inglese), parole chiave (nelle due lingue), didascalie delle tabelle e delle figure. Nella prima pagina devono comparire: il titolo, nome e cognome degli Autori per esteso e l'Istituto o Ente di appartenenza, il nome e il recapito telefonico, postale e mail dell'Autore cui sono destinate le bozze e la corrispondenza, le parole chiave e il riassunto in italiano e in inglese. Nella seconda e successive il testo dell'articolo. La bibliografia e le didascalie di tabelle e figure devono essere in calce all'articolo. Le immagini e le tabelle devono essere fornite a parte su supporto cartaceo e su file. Ciascun lavoro nella sua esposizione deve seguire i seguenti criteri: 1) introduzione; 2) materiale e metodo; 3) risultati; 4) discussione e/o conclusione. Il testo non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte compresi iconografia, bibliografia e riassunto (una pagina corrisponde circa a 5.000 battute spazi inclusi). Legenda di tabelle e figure a parte. Il riassunto e il summary (in lingua inglese) non devono superare le 250 parole ciascuno.

3. Gli articoli devono essere accompagnati da una richiesta di pubblicazione e dalla seguente dichiarazione firmata dagli autori: "L'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né è stato accettato altrove per la pubblicazione e il contenuto risulta conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca".
   Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione ad hoc, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

4. Particolarmente curata dovrà essere la bibliografia che deve comprendere tutte, ed esclusivamente, le voci richiamate nel testo che devono essere numerate e riportate secondo l'ordine di citazione. Devono comparire i cognomi dei primi 4 autori; per i lavori con un numero superiore di autori il cognome dei primi 3 sarà seguito dalla dicitura "et al."; seguiranno nell'ordine: cognome dell'Autore ed iniziale del nome, titolo dell'articolo, titolo della Rivista secondo l'abbreviazione in uso e conforme ad Index Medicus, l'anno, il volume, la pagina iniziale e quella finale con numeri abbreviati (per es. 1023-5 oppure 1023-31). Non utilizzare carattere corsivo, grassetto, sottolineato o tutto maiuscolo.

   Per articoli:
   - You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980;79:311-4
   - Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lay LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on line chromosome 21. Lancet 1989;1:352-5

   Per libri:
   - Taussig MJ. Processes in pathology and microbiology. Second Edition. Oxford: Blackwell, 1984

   Per capitoli di libri o atti di Congressi:

   - Kuritzke JF. Some epidemiologic features compatible with an infectious origin for multiple sclerosis. In Burdzy K, Kallos P eds. Pathogenesis and etiology of demyelinating diseases. Philadelphia: Saunders, 1974;457-72

5. I riferimenti della bibliografia nel testo devono essere attuati con un numero arabo ad apice; quando gli autori devono essere citati nel testo, i loro nomi vanno riportati per esteso nel caso che non siano più di 2, altrimenti si ricorre dopo il primo nome alla dizione: et al. seguiti dal corrispondente numero.

6. I dattiloscritti devono essere corredati (per facilitare la pubblicazione) da supporto elettronico che deve rispettare i seguenti programmi:
   - su sistema operativo Windows: Word salvato in a) formato Word per Windows 8.0 o inferiori; b) formato Word Mac 5.1 o inferiori; c) formato Word Perfect 5.0
   - su sistema operativo Macintosh: a) Word 5.1 o inferiori; b) Xpress 3.31; Xpress Passport 4.0 o inferiori

7. Illustrazioni (supporto cartaceo): fotografie, disegni, grafici, diagrammi devono essere inviati in formato cartaceo con dimensioni minime di 10x15 cm (formato cartolina). Ogni fotografia va segnata a matita sul retro con numero progressivo, nome dell'autore principale e verso (alto e basso accompagnato da una freccia).

8. Illustrazioni (supporto informatico): file allegato ad e-mail, dischetto o CD formattati PC o MAC. Per fotografie, disegni, grafici, diagrammi:
   - risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, Tiff, eps
   - risoluzione almeno 800 dpi per il formato bmp
   Le immagini vanno salvate come singolo file.

9. Gli Autori hanno diritto al file formato "pdf " del loro articolo pubblicato. Per eventuali altri ordini di estratti potranno contattare direttamente l'Editore, che fornirà informazioni e costi.

10. I lavori devono essere indirizzati a:

    Dr.ssa Elisa Vaccaroni
    PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE
    Sintesi InfoMedica
    Via Brembo, 27 - 20139 Milano
    Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301
    E-mail: redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

The Engel's legacy, una rivoluzione gentile in medicina: dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale, anticipazione della medicina di precisione

Parisi G,[1] Fanos V,[2] Vendemmia S,[3] Vendemmia M[4]

[1] *Primario Emerito Pediatria e Neonatologia, ASL02 Abruzzo*
[2] *Direttore Terapia Intensiva Neonatale AOU Cagliari, Presidente UMEMPS e DOHaD, Vicepresidente IAPS ed IRPS, Editor in Chief of JPNIM*
[3] *Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia Ospedale Real Casa Santa dell'Annunziata-San Giuseppe Moscati di Aversa, Presidente IRPS, IAPS, GNNNP*
[4] *Terapia Intensiva Neonatale, Università di Napoli Federico II*

Parole chiave
medicina personalizzata, salute, umanizzazione delle cure

Key words
personalized medicine, health, humanization of care

Riassunto
La medicina personalizzata e sartoriale dei nostri giorni fu già preconizzata dalle intuizioni di George Libman Engel nell'anno 1977. Fu allora pubblicata una sua proposta per un nuovo modello medico in alternativa a quello bio-medico imperante. Ciò per poter superare l'impoverimento culturale e l'involuzione relazionale, dovuti allo stimolo riduzionistico creato dalla crescente industrializzazione. Tale concetto ha subito ulteriori evoluzioni, specialmente da parte di F. Bonell-Cariò et al. che, dopo circa 30 anni dalle affermazioni di Engel sul nuovo modello di "rivoluzione gentile", ne riaffermarono l'indiscutibile valore e attualità. Tale valore non è rappresentato dalla scoperta di nuove leggi scientifiche, ma da un'equilibrata applicazione delle conoscenze mediche alle necessità di ogni singolo paziente. Queste idee furono poi rafforzate dall'OMS che definiva la salute fisica non solo la mancanza di malattia, ma un completo benessere psico-fisico-sociale. Ad Alma Ata nel 1978 e a Ottawa nel 1986 venivano riconsiderati questi concetti, con una finale conclusione che esplicitava la necessità di un nuovo concetto di salute, il diritto dell'individuo ad essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante. In questo lavoro vengono rianalizzate le innumerevoli tappe di un lento e progressivo processo maturativo che da una generalizzante asimmetria conoscitiva del rapporto medico paziente, basato su autoritarismo e paternalismo, adotta nuove metodologie, utilizzando strumenti dell'umanizzazione delle cure. I nuovi contesti ridisegnano un professionista che, nella Pediatria e nella medicina del terzo millennio, assume un atteggiamento più attento al capitale umano, un "knowledge worker" che offre un capitale intellettuale e una empatica vicinanza al paziente e alla sua famiglia.

Abstract
The custom and sartorial medicine of our times was already predicted by the intuition of George Libman Engel in the year 1977. A proposal was published for a new medical model as an alternative to the prevailing biomedical model. This is to overcome cultural impoverishment and relational involution, due to the reductionist stimulus created by the increasing industrialization. This concept has undergone further evolutions, especially by F. Bonell-Cariò et al who, after about 30 years from Engel's statements on the new model of "gentle revolution", reaffirmed the unquestionable value and relevance. This value is not represented by the discovery of new scientific laws but by a balanced application of medical knowledge to the needs of each individual patient. These ideas then strengthened by the WHO which defined physical health not only as a lack of disease but as a complete psycho-physical-social well-being. In Alma Ata in 1978 and Ottawa in 1986, these concepts were reconsidered with a final conclusion that made clear the need for a new concept of health, the right of the individual to be able to identify and realize his own aspirations, to satisfy the needs of the individual, to change the surrounding environment. In this work the innumerable stages of a slow and progressive maturation process are re-analyzed from a generalizing cognitive asymmetry of the patient medical relationship, based on authoritarianism and paternalism, adopting new methodologies, using tools of the humanization of care. The new contexts redesign a professional who, in pediatrics and medicine in the third millennium, assumes a more attentive attitude to human capital, a "knowledge worker" that offers intellectual capital and empathetic closeness to the patient and his family.

Premessa

George Libman Engel, psichiatra statunitense, nel 1977 nel suo articolo "*The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*", offre gli elementi per definire, illustrare e diffondere un nuovo modello medico come alternativa a quello bio-medico imperante[1] (Tabella 1). Lo scopo era quello di rifondare epistemologicamente la medicina e farle superare l'impoverimento culturale e l'involuzione relazionale dovuta al successo dell'approccio riduzionistico delle società industrializzate fin dalla metà del XX secolo. La sua proposta di modello bio-psico-sociale lentamente riuscì ad affermarsi, sfruttando la crescente domanda a livello clinico-assistenziale di "empowerment" del paziente che riuscisse a garantire, oltre la cura, la dignità stessa della persona malata[2] e rivalutando il fondamento etico del rapporto medico-paziente. Dopo 25 anni, F. Borrell-Cariò et al. rileggono e rianalizzano la "rivoluzione gentile" del nuovo modello di medicina preconizzato da Engel, riaffermandone l'intatto valore e attualità che "…*non consiste nella scoperta di nuove leggi scientifiche, come l'espressione "nuovo paradigma" potrebbe suggerire, ma, piuttosto, nel governare una equilibrata applicazione delle conoscenze mediche alle necessità di ogni singolo paziente*.[3]

Tabella 1

ENGEL'S CRITIQUE OF BIOMEDICINE (SCIENCE, 1977)

1. Un'alterazione biochimica non si traduce direttamente in una malattia. L'espressione della malattia deriva dall'interazione di diversi fattori causali, compresi quelli a livello molecolare, individuale e sociale. Le alterazioni psicologiche possono manifestarsi come malattie che costituiscono problemi di salute, inclusi i correlati biochimici.
2. La presenza di uno squilibrio biologico non evidenzia i sintomi del paziente, né interferisce con le abilità che il clinico deve avere per raccogliere informazioni ed elaborarle bene.
3. Le variabili psico-sociali sono determinanti più importanti della suscettibilità, della gravità e del decorso della malattia rispetto a quelle che erano state precedentemente apprezzate da coloro che mantengono una visione bio-medica della malattia.
4. L'essere malato non è necessariamente associato alla presenza di uno squilibrio biologico.
5. Il successo dei trattamenti è influenzato da fattori psico-sociali (ad esempio l'effetto placebo).
6. Il rapporto paziente-medico influenza i risultati, anche solo per la sua influenza sull'aderenza alla terapia.

Un confronto dall'esito scontato ma faticoso: dall'algido autismo dell'Io bio-medico alla sodalità gentile dell'Io relazionale (o noi insieme)

La salute, secondo l'OMS, non significa solo assenza di malattia, ma stato di completo benessere psico-fisico-sociale, che va costruito, mantenuto in equilibrio e costantemente difeso.

Ad Alma Ata (Kazakistan), nel 1978, fu emanata, congiuntamente da OMS e Unicef, la Dichiarazione che sanciva il primato della centralità della persona (e del soggetto in età evolutiva, da 0 a 18 anni) sulla malattia, rigettando, in armonia con la visione di Engel, la storica scissione cartesiana mente-corpo, organi e funzioni, emozioni-sentimenti e comportamenti ed annunciando la crisi del modello bio-medico, meccanicistico-riduzionistico, rispetto a quello alle porte, bio-psico-sociale, umanistico-fenomenologico e relazionale.[4,5]

La "Carta di Ottawa" (novembre 1986, in fondo la seconda Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del fanciullo), meno di 10 anni dopo Alma Ata, chiaramente esplicitava il bisogno segnalato dall'OMS di un nuovo concetto di salute, epocale cambio di prospettiva, che esalta "il diritto di un individuo o di un gruppo di essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte". Sarà dunque utile che il singolo medico, nell'operare, possa essere affiancato da altri operatori della salute i quali, nelle premesse e nei fatti, rivestano pari dignità, che li preservi da condizioni di subordinazione o dipendenza; la pariteticità che si intende affermare si estende ovviamente al paziente, dato che i valori che mette in gioco nell'affidarsi alle cure di un medico o di un team o di un sistema sono più rilevanti rispetto a quelli della controparte.[6,7]

Antefatti, sviluppo ed evoluzione storico-culturale del moderno concetto di "fare salute"

Il concetto di salute affonda le sue radici, ancor prima di Engel, nella *Harvard Medical School* dell'Università di Boston, ad opera di un gruppo di medici coordinati da Arthur Kleinman prima e successivamente da Byron Good e Daniel Callahan, umanisti, antropologi, epistemologi che estrassero i termini del nuovo glossario da applicare al nuovo modello di medicina propugnato: *disease-illness-sickness* (Tabella 2).[8]

Tabella 2

GLOSSARIO SCUOLA DI HARVARD

DISEASE (patologia): si riferisce alla anormalità nella struttura o funzione di organi o dei sistemi di organi.

ILLNESS (esperienza di malattia): si riferisce al significato che l'esperienza di sofferenza assume per chi la vive in prima persona. È il processo attraverso il quale la patologia entra nella coscienza individuale.

SICKNESS (relazioni sociali di malattia): processo di produzione sociale della patologia, ovvero la pratica che investe i segni comportamentali e biologici preoccupanti di significati socialmente riconoscibili. Possiamo altrimenti identificarla come il procedimento sociale di traduzione dei segni in sintomi.

Nel 1999, in una serie di articoli apparsi sul *British Medical Journal*, Greenalgh e Hurwitz (King's College, Londra), con il fondamentale contributo di Charon (Columbia University, NY), introdussero e svilupparono il concetto di "Narrazione" in Medicina (NBM: "*metacodice umano universale, trasversale e transculturale, capace di dare un significato agli eventi*") come indicatore del viraggio già avviato da Kleinman, attraverso cui il nuovo modello proposto si struttura, utilizzando gli strumenti dell'umanizzazione, anzi le *medical humanities*.[9,10]

Questo termine comprende l'Etica e la Bioetica, la Medicina Legale, la storia, la filosofia, la poesia, la recitazione, la musica e, in generale, le arti, la sociologia, concetti di pedagogia, la cultura della comunicazione (Tabella 3). Viene così avviato l'ingresso nella rigorosa ma tetra costruzione del "corpus assistenziale" tradizionale, della capacità attrattiva e liberatoria della natura (*Pet therapy*), dell'immaginazione, dell'intensificarsi dei rapporti inter-personali, dello psicodramma ma anche della risata, dell'umorismo, della clown-terapia, della musico-terapia, della cinema-terapia.[11,12]

In sostanza, il mondo interiore e la dinamica relazionale del paziente arrivano a sancire la fine dello storico rapporto duale medico-paziente basato su una gerarchizzante asimmetria conoscitiva, declino dell'autoritarismo e della dominanza medica, fine del paternalismo medico, crisi del modello neo-positivistico della scienza e della scienza medica. Tuttavia, la recente versione aziendalistica ha apportato poco in termini di miglioramento del rapporto vertici aziendali-linee operative tecnico-amministrative e dispiegamento assistenziale sanitario erogatore delle cure: un "mondo di mezzo" lasciato solo tra la sua crisi identitaria e le legittime richieste degli "utilizzatori", in un vissuto sentito più come razionamento che come razionalizzazione delle risorse. Infine, il ruolo della società, intesa come ingresso di soggetti terzi: Ospedale, Assicurazione malattia, Media, Giudici, Tribunale dei malati, Organizzazioni "no profit", Associazioni dei malati, mette in luce una terzietà variegata unificata dal *modus operandi*, ovvero secondo un principio di giustizia che, tendendo al bene comune, si pone spesso in conflitto con i princípi di Beneficità e di Autonomia, facilitando una deriva autoprotezionistica dell'erogatore delle cure, visto come persona giuridica.

La conoscenza e la giusta considerazione di tali variabili costituisce il fondamento irrinunciabile di un nuovo rapporto medico-paziente, caposaldo di un "sapere" che passi necessariamente attraverso un "sentire" e un "condividere", al fine di costruire e mettere in campo un'alleanza terapeutica capace di ritornare, ben oltre la valenza contrattuale e tutoriale, nell'ambito etico di uno spazio comune, sede dell'incontro tra una rinnovata fiducia e una riaffermata coscienza, logoratesi nel corso del tempo.

Tabella 3

CONCETTO DI MEDICINA E RELAZIONE DI CURA (GADAMER, 1994)

"… Un medico che non sappia interagire con il paziente diminuisce e distorce il suo patrimonio culturale che, per quanto bene appreso sui libri (dove si definiscono le malattie), va messo a frutto nella pratica (dove esistono i malati e le persone nella loro individualità e diversità). Le capacità relazionali e comunicative della coppia medico-paziente costituiscono una premessa ineludibile all'esercizio dell'atto medico nell'interezza della dimensione professionale ed etica, e non semplice appendice di esso. Ciò implica la necessità di un passaggio da un paradigma puramente bio-medico a uno bio-psico-sociale in cui, accanto a una malattia in senso biologico, trovino spazio l'essere umano malato e il suo ambiente."

Una definizione di cura. Vecchi e nuovi significati fra tradizione, prassi, scienza, tecnologia e sentimenti: arte da amare o arte di amare?

Cura: specie di attività che include tutto ciò che noi facciamo per conservare, continuare o riparare il nostro "mondo", in modo da poterci vivere il meglio possibile. Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa di sostegno alla vita.

Il concetto di cura è complesso, al punto che può essere usato per descrivere significati diversi in rapporto ai diver-

si piani realizzativi, coinvolgendo soggetti, strumenti, stati d'animo, mentalizzazioni e indirizzi diversi e mutevoli, a seconda di luoghi, tempi, realtà sociali, economiche e politiche.
Questa vastità di cornice obbliga a una restrizione semantica utile a delimitarne gli ambiti "strutturali essenziali", ovvero tipici, stabili e immodificabili per qualsiasi contesto.
La relazione di cura, in una moderna concezione di tipo democratico, non può che essere paritaria, personalizzata, reciprocante ed empatizzante: ciò, di fatto, non è avvenuto che a partire dalla "rivoluzione gentile" preconizzata da Engel.[13]
Il paradigma bio-medico trattava la malattia come entità indipendente dal comportamento sociale e psico-relazionale e, abbracciando il riduzionismo, consegnava di fatto il paziente, visto come soggetto passivamente inserito in un processo diagnostico-terapeutico, all'operatore sanitario. Così il concetto di cura si è evoluto in modo da comprendere livelli diversi concettuali e applicativi, che vanno dall'"interessarsi a, al prendersi cura di, al prestare cura, al ricevere cura".
In sostanza, e in linea con i principi della Carta di Ottawa, *to care* assume il duplice significato di prestare e ricevere cura, nell'ambito di una relazione tra erogatori e utilizzatori delle cure, dinamicamente fluttuante tra i soggetti in campo e i valori in gioco, improntata sempre a un requisito di responsabilità, una "sodalità gentile", come si è detto, o io relazionale.

Il paradigma assistenziale pediatrico

Le fondamenta etico-culturali proprie della Pediatria italiana, storicamente mutuate da una comune radice ed evoluzione umanistica di Medicina, Scienza, Filosofia, Epistemologia, Ermeneutica ed Antropologia culturale, fondendosi con elementi tecnico-operativo-professionali tipici della moderna cultura della salute, hanno generato un Paradigma Assistenziale che si è assestato in epoca attuale intorno a un nucleo di "Specificità delle cure pediatriche" da un lato, e di un modello *patient and family-centered care* dall'altro.
Al riguardo, tra le molte definizioni proposte, per noi tra le più complete ed esaustive è quella di Smith e coll. "Sostegno professionale al bambino e alla famiglia attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e partnership, basato sull'*empowerment* e sulla negoziazione", che ben sottolinea il fondamentale requisito di reciprocità, pariteticità e fluidità della moderna relazione di cura.[14]
La prima Conferenza Europea sull'*empowerment* del paziente, svoltasi a Copenaghen nell'aprile 2012, ha istituzionalizzato il peso del binomio paziente-famiglia nella relazione di cura complementare e non subordinato a quello del curante, un "modello fondato sulla relazione", affermando una centralità dell'Utilizzatore che va ad affiancarsi a quella storica del Sistema Curante. Tale nuova relazione di cura vede, come elementi fondanti indicati dall'*Institute for patient and family-centered care*, i seguenti punti:[15]

1. l'ascolto o arte di ascoltare, ascolto attivo, gestione creativa dei conflitti, autoconsapevolezza emozionale, il triangolo magico dell'arte di ascoltare, e il rispetto di ciascun bambino e della sua famiglia;[16]
2. la flessibilità delle procedure e pratiche assistenziali, in modo che i servizi siano commisurati ai bisogni, alle convinzioni, alle convenienze e ai valori di ogni bambino e della sua famiglia;
3. l'offerta condivisa di informazioni complete, oneste e flessibili che corrispondano alle varie fasi del processo decisionale clinico;
4. la collaborazione col paziente e la sua famiglia nell'erogazione delle cure, nella progettazione dei luoghi di lavoro e nell'allestimento degli ambienti di accoglienza e di cura;[17]
5. il riconoscimento dei punti di forza e delle risorse di ciascun bambino e della sua famiglia al fine di un coinvolgimento il più ampio possibile nelle scelte relative alla sua salute fisica, psichica e relazionale, ma anche alla realizzazione delle aspettative di vita e di futuro.[18]

Bisogna ricordare che la promozione del diritto alla tutela della salute è un discorso che riguarda gli stati, non i singoli cittadini.[19,20]
Questo richiamo al realismo è più che mai attuale, in un momento in cui la tutela dei diritti suona piuttosto come "*dirittismo, in linea con una tendenza indiscriminata a promettere da un lato e ad esigere dall'altro*". A tal proposito, profetico e insoluto appare ancora oggi l'interrogativo che Richard Smith, direttore del BMJ, si poneva in un editoriale nel maggio del 2001 apparso sulla prestigiosa rivista dal titolo "*Why are doctors so unhappy?*", richiamando la necessità di stipulare tra medico e paziente un nuovo contratto improntato a un sano realismo che salvaguardasse e integrasse i rispettivi punti di vista, con un "accomodamento" vantaggioso sia sul piano etico sia su quello pratico e operativo.[21-23]

Il Pediatra del III millennio: nuove attitudini e funzioni

I nuovi o rinnovati contesti che reclamano un adeguamento formativo e interpretativo del Pediatra, che vada ad affiancarsi al tradizionale profilo clinico e di gestore di

risorse e di beni comuni, disegnano un professionista nuovo più attento al "capitale umano", un *knowledge worker* che, in maniera autonoma o dipendente, singolarmente o all'interno di un team, offra un "capitale intellettuale" con la piena consapevolezza del grado di coinvolgimento culturale che esso mobilita nella propria prestazione, al di là della capacità di "operativizzare" le conoscenze acquisite. In tale contesto il Pediatra può svolgere un ruolo, non convenzionale né secondario, di supporto, integrazione e potenziamento con gli anelli deboli della catena formativa, sensore di bisogni, individuatore e amplificatore di potenzialità subespresse, *play-maker* operativo, *opinion-leader* culturale.[24,25]

Traslazione da un modello tradizionale di fare Pediatria a un approccio bio-psico-sociale: perché e come

La ragione principale del cambiamento consiste senz'altro nel doversi adeguare a nuove realtà assistenziali in rapporto a nuovi scenari individuali di paziente e relativi bisogni, di ambito familiare, culturale e socio-economico, psico-affettivo e psico-emotivo, con necessità di individuazione precoce e tempestiva di distress emozionale, depressione, disordini e disturbi mentali, compresi quelli dello "spettro autistico", dove la formulazione del primo sospetto spetta al Pediatra.[26,27]

La transizione del Pediatra a un nuovo modello di efficienza ed efficacia delle cure dovrebbe evitargli l'impaccio di assumere un ruolo di volano di una realtà in evoluzione, sempre più necessitante di approcci multidisciplinari, integrati e sistemici. Tutto ciò può determinare stress identitario e spinte elusive e di disimpegno nei riguardi di una centralità di ruolo che oggi è un tutt'uno con una centralità del binomio paziente-famiglia, a fronte di un depauperamento di risorse, di autonomia operativa, di tutela sociale e legale.[28] Resta il fatto che la famiglia è il laboratorio ideale e il banco di prova più veritiero di uno "stile nuovo" di essere e fare Pediatria e perciò il risultato delle nuove e accresciute competenze da parte del singolo Pediatra dell'ospedale, delle strutture assistenziali diversificate può e deve consistere in: a) riduzione dei costi della salute mentale e miglioramento della stessa, a partire dall'anticipazione di una esatta diagnosi e dalla corretta esecuzione dei percorsi relativi; b) riduzione delle richieste di visite e prestazioni visibilmente incongrue e non giustificate; c) appropriato spazio riconosciuto e assegnato ai genitori come partner del processo decisionale e di riduzione dei costi dell'assistenza; d) miglioramento della traiettoria di sviluppo e consapevolezza di competenze genitoriali, oltre che del bambino.[29]

L'approccio bio-psico-sociale si basa su di un ampliamento del tradizionale "metodo di diagnosi e cura della malattia" in un metodo di *assessment* diagnostico integrato dei bisogni multidimensionali, in particolare nei pazienti cronici e/o complessi, da cui far scaturire attraverso un processo di sintesi clinico-assistenziale-organizzativa un "piano integrato di cura, assistenza, riabilitazione e sostegno individuale e familiare, il Piano Assistenziale Integrato Individuale e Familiare (PAIIF)," comprensivo delle diverse forme di ADI.[30,31]

Tale obiettivo si configura pertanto come strumento utile per garantire al paziente, in una visione olistica dei suoi bisogni e della struttura familiare e sociale cui appartiene, continuità di attenzione, cura e assistenza nel tempo e fra servizi diversi. È ovvio che una tale visione presuppone a monte una strategia formativa, nelle sue varie forme pre-laurea o post-laurea (ECM), degli operatori sanitari, così come è ovvia l'opportunità di politiche aziendali orientate alla realizzazione di servizi in rete, di cui, peraltro, diverse Regioni si stanno munendo.[32]

Infine, a conclusione del lavoro, ci piace porre l'accento sui tre elementi fondamentali della triade protagonista del

paradigma pediatrico, ontologicamente e funzionalmente considerati:[33]

a. bisogni-specificità del bambino;
b. ruolo e compiti del Pediatra moderno;
c. caratteristiche del "prodotto finale"/servizio offerto (Medicina pediatrica-Pediatria), simbolicamente e allitterativamente espressi da quattro D, quattro A e un certo numero di P (P1, P2, P3, P4 e così via), a significare una selettiva, peculiare tendenza a una impostazione culturale, scientifica (scienze "omiche", nate come applicazione della *systems biology* alla medicina), tecnico-operativa e professionale, viste in un dinamico interagire con elementi relazionali, scientificamente validate e tipiche del momento storico (tendenza in effetti esordita come riferita alla Medicina personalizzata).[34,35]

- *Development* (sviluppo)
- *Dependence* (dipendenza)
- *Differential epidemiology* (diversa epidemiologia)
- *Demographics* (fattori socio-demografici)

Alle 4 D si fanno corrispondere 4 A, riferite a un curante in linea con i tempi

- *Advocacy* (difesa "a tutto campo")
- *Accountability* (affidabilità/trasparenza nella responsabilità)
- *Adaptability* (flessibilità)
- *Actuality* (realismo gestionale).

Questo per avere un prodotto finale/servizio espresso dalla formula 4A x 4D = Pn, dove la lettera P segna il passaggio da un approccio *one-size fits all* a uno "sartoriale", personalizzato e con configurazione specifica in rapporto a specifiche finalità, capace di introdurre la ricchezza degli aspetti relazionali, interattivi e psico-cognitivi, che rendono unico ogni individuo:[36] Preventiva, Predittiva, Partecipativa, Personalizzata, Pubblica, Precisa, Post-genomica, Prospettica, Psico-sociale, Pluri-etnica, Protettiva, Promozionistica, Pluri-integrata e Pluri-nodale (concetto di "Rete").[37] È stata proposta la Pediatria delle 8 P: Personalizzata, Prospettica, Predittiva, Preventiva, Precisa, Partecipata, Paziente-centrata, Psicocognitiva.[38,39]

Considerazioni conclusive e commento

Lo *shift* dal modello bio-medico a quello bio-psico-sociale, sia in Medicina sia in Pediatria, può essere un'impresa ardua, che parte da un momento decisionale e si sviluppa attraverso un processo di apprendimento e di introiezione, per sua natura impegnativo, costituendo un cambio di paradigma scientifico e medico. Esso poggia su alcune componenti fondamentali: l'atteggiamento mentale del medico, l'affinamento percettivo-cognitivo, la capacità relazionale, l'attitudine dialogica, l'abilità di counselling, oltre che su una buona dose di umiltà, indispensabile per ogni azione multidisciplinare e/o di team".

Queste virtù possono essere, del tutto o in parte, naturali e/o acquisite. La stessa "empatia", consapevolezza della sofferenza altrui, associata alla volontà di arrecare sollievo, è strettamente correlata ai sentimenti del curante e, come tale, può accompagnare la persona dalla nascita, o può affiorare lungo il corso della vita, frutto di "rovesci" nella traiettoria vitale e professionale in cui si è incappati e che hanno affinato la sensibilità umana alle vicende proprie e altrui. Buona parte dell'atteggiamento (*attitude*) e del comportamento (*behaviour*), che concernono la sfera intellettuale del medico, sono frutto di training, tecniche e comportamenti (*skills*) appresi e coltivati.[40]

È indubbio che la maggior parte di queste virtù fanno parte della disposizione e vocazione naturale e spontanea di ogni Pediatra che ha scelto di dedicare la propria esistenza ai bambini e ai loro familiari. Egli deve dunque annoverare nel suo bagaglio umano e professionale la tendenza spontanea e la capacità di accogliere, ascoltare, rispettare, guidare e proteggere i suoi interlocutori secondo un costume antico ma con modi e tecniche nuove, ricavandone in cambio una gratificazione morale incomparabile. Gratificazione che rappresenta il vero *core* di ogni spinta a migliorare, assieme alla soddisfazione di vedere al suo fianco schierati altri tre compagni di viaggio: il bambino, la sua famiglia, il presente e il futuro di ogni storia individuale, compresa la propria.

I cambiamenti sociali, politici e, più in generale, culturali nell'attuale mondo globalizzato, multimediale e ipertecnologico, hanno accelerato approcci innovativi in differenti settori della società, compresa la sanità.

Sebbene la *Family-centered care* sia applicabile a pazienti di ogni età e possa essere praticata per ogni setting di cura, questo specifico approccio è di particolare rilevanza nel management di bambini ospedalizzati, dato il ruolo che l'ospedalizzazione può assumere come momento di potenziale crisi per il bambino e la sua famiglia. In accordo con le raccomandazioni dell'*American Academy of Pediatrics*, i concetti-guida della *Family-centered care* dovrebbero essere incorporati in tutti gli aspetti della pratica professionale pediatrica, sia privata sia territoriale, ambulatoriale specialistica, di comunità e ospedaliera.

Qualunque sia il contesto, i Pediatri dovrebbero inequivocabilmente convogliare il rispetto per i genitori o le attitudini dei caregiver verso la comprensione dei comportamenti e delle necessità dei bambini, impegnarsi per

realizzare la più piena integrazione paziente-famiglia-medico-sistema nella relazione di cura,[41] attivarsi per individuare le valutazioni dei bambini in merito (se in grado di relazionarsi) e accogliere in modo appropriato le preferenze della famiglia riguardo al piano di cura. Le decisioni relative al piano di cura, di assistenza e di accoglienza dovrebbero essere assunte solo dopo che una tale consultazione sia stata utilmente effettuata.

BIBLIOGRAFIA

1. Engel GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
2. Cochinow MH. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ 2007;335: 184-7.
3. Borrel-Carriò F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial Model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry . Annals of Family Medicine 2004;2:576-82.
4. Abbagnano N. Storia della Filosofia. Gruppo Editoriale L'Espresso, 2006.
5. Bert G. Medicina Narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
6. Gadamer HG. Il Movimento Fenomenologico. Edizioni La Terza, 1994.
7. Santosuosso A. Gli sviluppi del diritto alla salute in Italia. L'Arco di Giano 1994;4:53-74.
8. Sciarra E. Epistemologia e società. Popper, Wittgenstein, Gadamer. Editrice Itinerari 1993:111-38.
9. Charon, R. Narrative Medicine: honoring the stories of illness. Oxford University Press, 2006.
10. Greenalgh T. Uso e abuso della Medicina Narrativa. La parola e la cura. Primavera edizioni, 2007;2-4.
11. Quadrino S. Il pediatra e la famiglia. Il counselling sistemico in pediatria. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006.
12. Good BJ. Narrare la malattia. Edizioni di Comunità, Torino, 1999.
13. Palfrey JS. Transforming child health care. Pediatrics 2013;132:1123-4.
14. Smith L, Coleman V, Bradshaw M. L'Assistenza Centrata sulla Famiglia. Edises, Napoli, 2008.
15. Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family – Centered Care. Patient and Family – Centered Care and the Pediatrician's role. Pediatrics 2012;119:394-404.
16. Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili. Le Vespe, Milano, 2000.
17. Amato PR, Afili TD. Feeling caught between parents: adult children's relations with parents and subjective well-being. Journal of Marriage and Family 2006;68:222-35.
18. Parisi G, Vendemmia S, Vendemmia M. Emozioni: Il segreto per essere felici. Pediatria Preventiva & Sociale, Sintesi InfoMedica edizioni Anno XII 2017:44-8.
19. Pettoello-Mantovani M, Campanozzi A, Maiuri L. Family-oriented and family-centered care in pediatrics. Ital J Ped 2009;35;12:1-8.
20. Neiff JM, Eicher JM, Hardy DR, et al. Family-Centered Care and the pediatrician's role. Pediatrics 2003;112:691-6.
21. Festini F. Family-centered care. Ital J Ped 2014;40(Suppl. 1):A33.
22. King HS. Shifting from traditional to biopsychosocial pediatrics. The Permanent Journal/Fall 2005;9(4):60-3.
23. Fusetti V, Re LG, Bezze E, Lusignani M. Applicazione della Family-centered Care in pediatria: studio descrittivo. Children's Nurses – Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences 2014;6(4):112-6.
24. Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Tecniche Nuove edizioni, Milano, 2007.
25. Burgio GR, Bernasconi S, Bertelloni S, et al. L'educazione alla salute nella pediatria odierna. Area Pediatrica, maggio/giugno 2010, anno 11. Masson edizioni.
26. Parisi G, Vendemmia S, Andreassi L, Vendemmia M. La new morbidity, una sfida per ragazzi, famiglie, medici e società: di che cosa si tratta? Pediatria Preventiva & Sociale, Sintesi InfoMedica edizioni Anno III 2018:9-18.
27. Davidson M, Telles Correira D, Vendemmia S. European and Global plans for mental Health care. Acta de Conferinta Europeana de Psichiatrie si Sanitate Mintala. Galati 9-13 Mai 2018, University of Galati Dunarea de Jos.
28. Vendemmia S, Vendemmia M. Autismo. Nuove strategie di diagnosi e cura. Hygeia Press edizioni, 2019.
29. Beier SR, Rosenfeld WD, Spitalny KC, et al. The potential role of an adult mentor in influencing high-risk behaviors in adolescents. Arch. Pediatr Adolesc Med 2000;154:327-31.
30. Becchi MA, Carulli N. Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. Medicina Italia, Springer edizioni 2009;4(3).
31. Leek JT, Peng RD, Anderson RR. Personalized medicine: keep a way open for tailored treatments. Nature 2012;484(7394):318.
32. Hood L, Auffray C. Partecipatory medicine: a driving for revolutionizing healthcare. Genome Medicine 2013;5:110.
33. Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, partecipatory (P4) cancer medicine. Nat Rev Clin Oncol 2011;8:184-7.
34. Jain KK. Personalized medicine. Curr Opin Mol Ther 2002;4 :548-58.
35. Kuehn BK. Patient-centered care model demands better physician-patient communication. JAMA 2012;307:441-2.
36. Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. Lancet 2013;381:1886-7.
37. Weston AD, Hood L. Systems biology, proteomics and the future of health care: toward predictive, preventive and personalized medicine. J Prot Res 2004;3:179-96.
38. Fanos V. Metabolomica e Microbiomica. Medicina personalizzata dal feto all'adulto. Hygeia Press, 2015.
39. Fanos V. Medicina di Precisione, Cellule, batteri, metaboliti, energia. Hygeia Press, 2018.
40. Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Narrazione e prove di efficacia in Pediatria. Come integrare evidence-based medicine e medicina narrativa nella pratica clinica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006.
41. American Psychiatric Association. Comprendere i disturbi mentali. Una guida per la famiglia con l'aiuto del DSM-5. Raffaello Cortina edizioni, 2017.

Per contattare l'Autore **Maria Vendemmia**: *mariella.vendemmia@virgilio.it*

ANNO XIV - Numero 4 - 2019
PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

Osserva molte cose…

scarta quelle insicure e comportati con molta cautela nei confronti di quelle rimanenti. Avrai così minore probabilità di sbagliare *(Confucio)*

Parte terza

Buzzetti R[1], Verga MC[2]
[1]Italian CF Research Foundation, Verona
[2]Pediatra di Famiglia, ASL Salerno

L'ACCURATEZZA DI UN TEST DIAGNOSTICO

Tra i parametri di accuratezza di un test diagnostico, Sensibilità e Specificità sono utilizzati essenzialmente per valutare la performance del test, valutata su pazienti di cui è già nota la presenza o l'assenza della malattia.

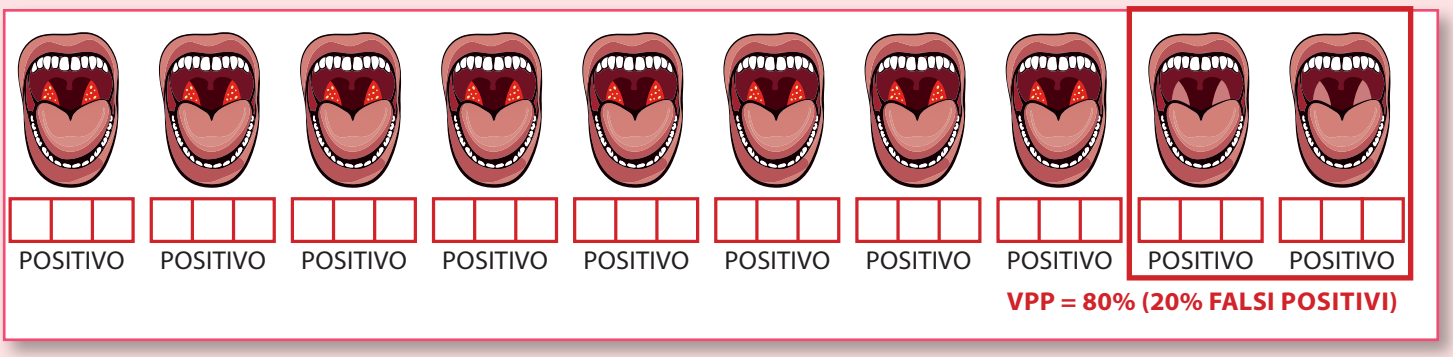
Nella pratica clinica, però, noi ci troviamo in una condizione diversa: non sappiamo se il paziente abbia o meno la malattia e cerchiamo di scoprirlo sulla base dei risultati di uno o più test.

Se il test risulta positivo dovremmo sapere se è un vero o un falso positivo; ugualmente, se il test risulta negativo dovremmo sapere se è un vero o falso negativo.

Nella pratica clinica, quindi, i parametri che ci danno la probabilità di malattia del paziente sottoposto al test non sono Sensibilità e Specificità, ma i **Valori Predittivi Positivi** e **Negativi**.

Semplifichiamo, presentando un esempio (Figura 1).

- **Valore Predittivo Positivo (VPP)** su 10 pazienti con test positivo, 8 hanno la malattia (veri positivi) e 2 no (falsi positivi).



- **Valore Predittivo Negativo (VPN)**: su 10 pazienti con test negativo, 7 non hanno la malattia (veri negativi) e 3 sì (falsi negativi).

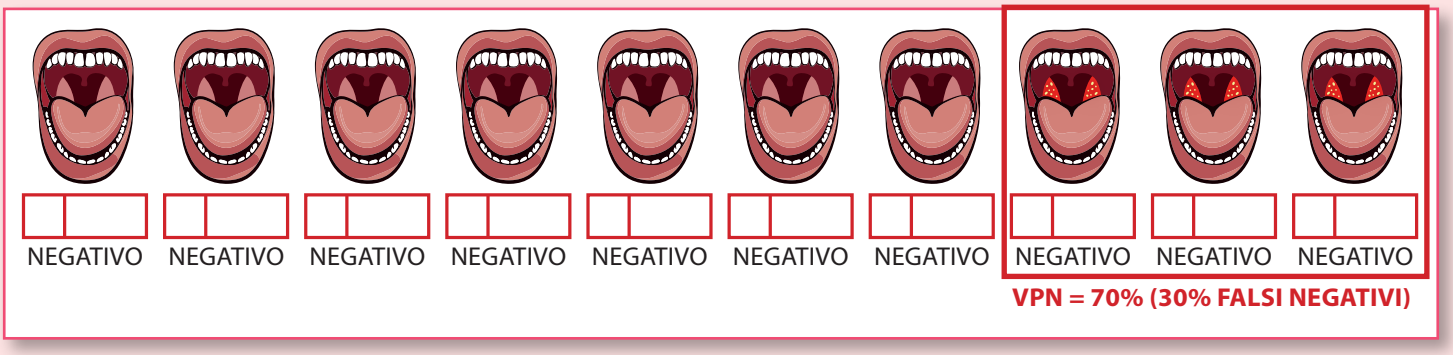


Figura 1. Valore Predittivo Positivo e Negativo di un test.

Ma la probabilità di identificare correttamente lo stato di malattia o la sua mancanza non dipende dalla Sensibilità e dalla Specificità del test?

Non solo.

C'è un altro parametro che modifica i Valori Predittivi, anche **a parità di Sensibilità e Specificità**: la **prevalenza della malattia**, detta anche **probabilità pre-test**.
Se il paziente con test positivo appartiene a una popolazione ad alta prevalenza di malattia, più probabilmente sarà un vero positivo: il **VPP** sarà maggiore.
Viceversa se appartiene ad una popolazione a bassa prevalenza di malattia, più probabilmente sarà un falso positivo: il **VPP** sarà minore (Figura 2).
La relazione è inversa per il **VPN**: se il paziente risulta negativo al test, più alta è la prevalenza della malattia, più alta sarà la probabilità che sia un falso negativo.
La prevalenza della malattia è un elemento che ci consente di calcolare la **Probabilità pre-test**, cioè

la probabilità di malattia che attribuiamo al paziente prima di eseguire il test.
Dopo aver eseguito il test, in base al risultato positivo o negativo, la probabilità di malattia cambia: può essere aumentata o diminuita, fino a confermare o escludere la diagnosi.
Abbiamo cioè la **Probabilità post-test**.
Possiamo dire che i Valori Predittivi Positivo e Negativo corrispondono alla Probabilità post-test della malattia.

Inoltre, come se non fosse già abbastanza complicata la faccenda, Sensibilità e Specificità non sono parametri immutabili di un test, ma possono variare in funzione della **gravità della sintomatologia**: maggiore è l'espressione clinica della malattia, maggiore sarà la Sensibilità del test, maggiore sarà la probabilità che il test risulti positivo.
Un test positivo in un paziente con sintomatologia più grave sarà con maggiore probabilità un vero positivo.
Al contrario, lo stesso test può risultare negativo in un paziente con sintomatologia lieve o asintomatico; in questo caso sarà con maggiore probabilità un falso negativo.

Riassumendo

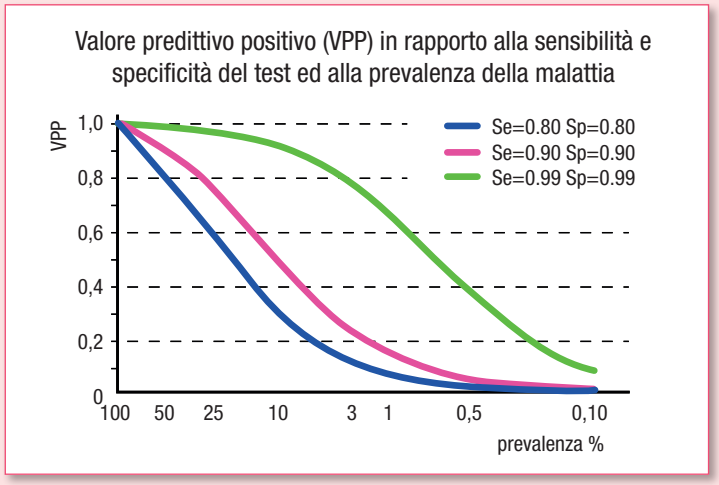


Figura 2. Valore Predittivo Positivo (VPP) in rapporto alla Sensibilità (Se) e Specificità (Sp) del test e alla prevalenza di malattia. Da 1.

- Prevalenza della malattia (nel campione considerato) = Probabilità pre-test;
- VPP= Probabilità post-test, (in caso di test positivo);
- 1 – VPN = Probabilità post-test (in caso di test negativo).

Tutto chiaro, tutto semplice?

Non proprio.

Visitiamo nel nostro ambulatorio 3 pazienti della stessa età (Andrea, Barbara, Monica) con tonsillite febbrile, in un giorno in cui la prevalenza di tonsillite streptococcica tra i nostri pazienti con tonsillite febbrile è del 10%: su 100 tonsilliti febbrili, ci aspettiamo che 10 siano da SBEGA.
Tutti e 3 hanno lo stesso score di Mc Isaac,[2] (quindi, in teoria, il test rapido ha la stessa accuratezza, uguali valori di Sensibilità e Specificità nei 3 pazienti) e tutti e 3 risultano positivi al test.

Sulla base del solo VPP, come viene scolasticamente calcolato, e senza aver raccolto alcuna anamnesi, dovremmo dire che tutti e 3 hanno la stessa Probabilità post-test di malattia.
Invece, sappiamo che:

1. Andrea ha la sorella affetta da scarlattina e nella sua classe 2 compagni sono assenti per tonsillite da SBEGA;
2. Barbara frequenta un'altra scuola in cui non ci sono casi di tonsillite da SBEGA, ma il fidanzatino ha la mononucleosi;
3. Monica ha tonsilliti ricorrenti da Adenovirus;
4. e se ne avessi anche un 4° positivo al test e già noto come portatore di SBEGA?

Questi dati, che non riguardano né l'accuratezza del test rapido, né la prevalenza di tonsillite da SBEGA nel nostro setting, cambiano la Probabilità post-test di ognuno?

Certamente sì.

L'acquisizione di nuove informazioni deve far attribuire ad ognuno Probabilità pre-test differenti, perché dobbiamo considerare che la nostra popolazione di

pazienti è solo apparentemente omogenea.
In più, anche i valori di Sensibilità e Specificità del test rapido dovranno essere considerati differenti, nonostante il fatto che i 3 pazienti abbiano la stessa sintomatologia, che solo teoricamente possiamo attribuire allo SBEGA.
Non posso quindi attribuire ai 3 pazienti positivi al test la stessa Probabilità post-test di malattia.

È evidente dunque che valutare la probabilità di malattia in un paziente è abbastanza complesso.

Queste Pillole sull'accuratezza dei test diagnostici, però, non hanno lo scopo di imporre calcoli complicati, ma di rendere consapevoli di questa complessità, per non accettare il risultato di un test in modo acritico basando automaticamente la diagnosi solo su di esso.

continua…

Andrea ha la sorellina con la scarlattina.

Barbara ha il fidanzatino con la mononucleosi

Monica ha tonsilliti ricorrenti da Adenovirus

Bibliografia

1. http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/screen/vp_es.htm
2. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004;291:1587-95.

Per contattare l'Autore **Maria Carmen Verga**: *vergasa@virgilio.it*

Le sfide dell'adolescente con sindrome di Turner

Dei M
Ginecologa, Endocrinologa, Comitato Scientifico AFaDOC (Associazione Famiglie con Deficit Ormone della Crescita)

Riassunto
Durante l'adolescenza le ragazze con sindrome di Turner (ST) devono affrontare sia le problematiche cliniche correlate alla loro patologia di base sia il percorso, non sempre facile, di induzione della maturazione puberale. Inoltre possono sperimentare varie difficoltà e sfide sul piano psicologico sia perché comprendono meglio i limiti della loro situazione sia per eventuali deficit di tipo neuro-cognitivo presenti. Nei momenti chiave dello sviluppo è infatti necessaria una valutazione neuropsicologica con conseguenti counselling e trattamenti specifici. Tra le possibilità di intervento, riportiamo l'esperienza di 5 anni di un gruppo educativo-terapeutico, promosso dall'associazione di sostegno delle famiglie con deficit di ormone della crescita (AFaDOC). Pensiamo che il Pediatra di Famiglia abbia un ruolo chiave, di tipo preventivo, nel monitorare la crescita fisica e psicologica di queste ragazze e la transizione al mondo degli adulti.

Abstract
During adolescence, girls with Turner Syndrome (TS) have to cope with clinical problems related to their pathology and to follow the treatment for pubertal induction, which is not always simple. Moreover, they experience various difficulties and challenges from a psychological point of view. These are related to a better understanding of the limits of their condition and to neuro-cognitive deficiencies eventually present. A neuropsychological assessment at key moments of development is indeed necessary with consequent specific counselling and treatments. Among possible interventions, we report the 5-year experience of an educational and therapeutic group for girls with TS. This experience was promoted by the Italian family support organization (AFaDOC). We think that the pediatrician may play a key role, from a preventive point of view, in monitoring physical and psychological growth of these girls and the transition to the world of adults.

Parole chiave
sindrome di Turner, adolescenza, deficit neuro-cognitivi

Key words
Turner syndrome, adolescence, neuro-cognitive deficiency

Introduzione

Come è noto la sindrome di Turner (ST) è una patologia genetica che riguarda circa 1 su 2.500 nascite femminili, legata a una perdita totale o parziale del cromosoma X. Nel 50% dei casi si tratta di una monosomia della X, nel 10% dei casi anomalie strutturali (ad esempio, delezioni, formazione di isocromosoma), nel 40% dei casi mosaicismi. Le caratteristiche dei singoli soggetti sono però molto variabili e non corrispondono direttamente al quadro genetico, per vari motivi: recupero di materiale sfuggito all'inattivazione del secondo cromosoma X, adattamenti epigenetici, possibilità di minima produzione ormonale da parte delle ovaie disgenetiche.
Nel periodo in cui le coetanee vanno fisiologicamente incontro a una ma-

turazione puberale, le ragazzine con sindrome di Turner stanno di solito ancora effettuando la terapia con ormone della crescita e iniziano l'induzione della pubertà. Qualche volta la diagnosi si pone proprio in questa fase per un ritardo o un rallentamento nella comparsa del seno e nella crescita puberale.
Ancora più raramente il menarca si verifica anche in ragazze con ST già diagnosticata[1] e per qualche anno è presente la funzione mestruale.

La presa in carico sul piano medico

Tutti i soggetti con perdita di materiale genetico del cromosoma X sono a rischio di avere patologie sia congenite (ad esempio, cardiovascolari, renali, dismorfismi somatici) sia acquisite (Tabella 1), quali le otiti medie ricorrenti, il deficit sensoriale uditivo, problemi oftalmologici e dentari, la scoliosi, la ridotta apposizione di massa ossea, la tendenza al sovrappeso e al dismetabolismo glicidico. Infatti dopo i 10 anni si verifica una tendenza a un aumento del BMI, indipendentemente dal trattamento con Gh o meno,[2] che correla con alterazioni del profilo lipidico, con l'incremento di grasso addominale e una ridotta sensibilità all'insulina.
Tali modificazioni sono maggiori nelle bambine nate di basso peso e di lunghezza al di sotto della media.[3] Anche il rischio di patologie autoimmuni è raddoppiato rispetto alla popolazione femminile normale ed è correlato all'età: la più comune è la tiroidite di Hashimoto, seguita dalla celiachia, dalla vitiligo e da altre patologie cutanee.[4] Infine, può iniziare in adolescenza un'anomalia funzionale epatica (che si manifesta con aumento delle transaminasi) sia correlata alla steato-epatite sia a un'anomalia vascolare dei vasi intraepatici; tendenzialmente migliora con l'inizio del trattamento con estrogeni naturali.[5]
In accordo con le linee guida internazionali[6] il Centro a cui fa riferimento la ragazza continuerà il monitoraggio di problemi già presenti nell'infanzia ed effettuerà i controlli per nuove possibili comorbidità, oltre a valutare risultati e conclusione della terapia con ormone della crescita e a decidere l'inizio della terapia estrogenica e il suo schema diagnostico.
Attualmente si utilizzano prevalentemente estrogeni naturali per via transdermica partendo da dosaggi molto bassi e incrementandoli in modo graduale, per mimare il più possibile la pubertà fisiologica, sia sul piano del tipo di ormoni assunti sia su quello cronologico.
L'induzione dura di solito almeno due anni e mezzo, con

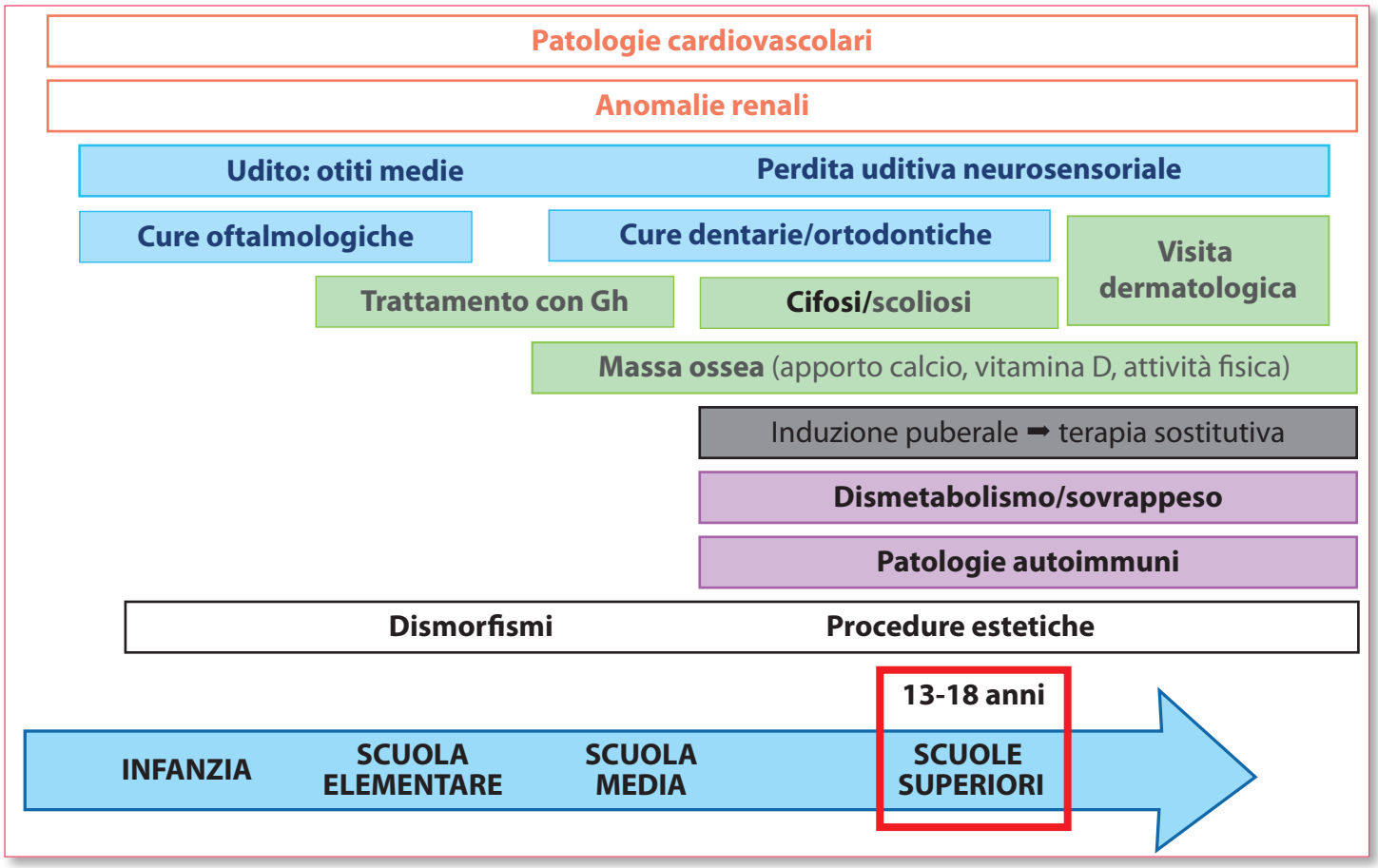


Tabella 1. Valutazione clinica correlata all'età.

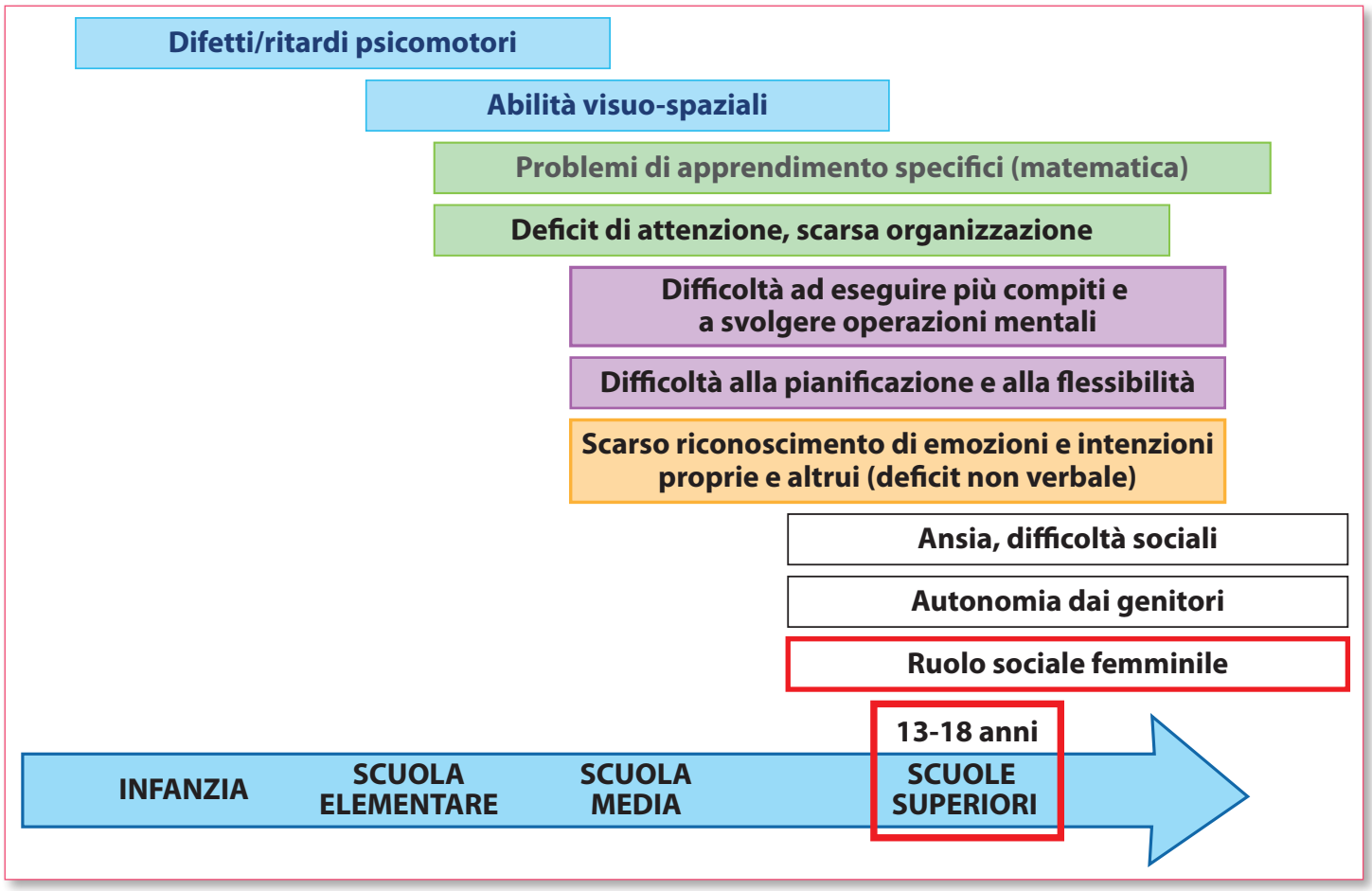


Tabella 2. Valutazione neuro-cognitiva correlata all'età.

aggiunta nella fase finale di progesterone o di progestinici e stabilizzazione di una terapia da portare avanti nel tempo con dosaggi estrogenici circolanti paragonabili a quelli di adolescenti sane post-menarca. Il termine di questo iter terapeutico coincide di solito con il complesso passaggio ai Centri per adulti, che proseguono nel tempo l'iter clinico-diagnostico e il monitoraggio delle terapie, ormonali e non.

La presa in carico sul piano psicologico

La prima adolescenza è il momento della vita in cui la ragazza può avere bisogno di spiegazioni più complete rispetto a quelle che ha avuto fino ad allora. È importante che le sia dedicato del tempo per rispondere ai suoi interrogativi in modo esauriente e sincero, perché apprendere con chiarezza la verità sul proprio stato di salute e sul proprio futuro attraverso una comunicazione empatica è un sostegno a una integrazione positiva della propria situazione clinica nel quotidiano.[7] Oltre a ciò può aver bisogno di aiuto nell'acquisire autonomia nella cura di sé, riducendo la delega ai familiari per quanto riguarda le terapie e la scelta di attività sia ludiche sia di complemento terapeutico.

Inoltre è ormai ben noto che il profilo neuro-cognitivo delle ragazze con ST è di solito caratterizzato da funzioni verbali e QI normali, ma da alcuni deficit di capacità non verbali, con ripercussioni su alcune funzioni esecutive (Tabella 2). In particolare possono essere compromessi alcuni aspetti visuo-spaziali o visuo-motori, la memoria visiva, i procedimenti matematici, la capacità di trasformare le esperienze in apprendimenti, l'attenzione prolungata.

Alcuni soggetti con ST trovano difficoltà nel pianificare e organizzare alcuni comportamenti, e nel passare da un concetto a un altro. Se è presente una vera e propria disfunzione non verbale anche il riconoscimento delle emozioni espresse da altri (il riconoscimento delle espressioni faciali, del tono della voce, del linguaggio corporeo) e l'abilità a gestire le proprie emozioni possono essere compromesse. Ne possono conseguire difficoltà relazionali.[8-12]

Anche sul piano degli adattamenti psico-sociali è comunque presente la stessa variabilità interindividuale che abbiamo ricordato per il fenotipo somatico. Per questo si consiglia un approfondimento psicodiagnostico di fronte a deficit di apprendimento sia specifici (ad esempio, discalculia) sia non (deficit di attenzione), ad alcuni segni di dif-

ficoltà visuo-spaziali (facilità a perdersi, problemi di memoria visiva), a stati di ansia prolungata o in alcune tappe chiave evolutive, quali il passaggio tra scuola primaria e secondaria.[13]
Nelle linee guida internazionali[6] si suggerisce, durante l'età evolutiva, un colloquio orientativo annuale su difficoltà e risorse per capire chi necessita di una valutazione psico-diagnostica specifica. Un'evidenziazione precoce facilita le possibilità terapeutiche: terapia psicomotoria mirata, percorso psico-cognitivo individuale, attività psico-educative in piccolo gruppo, o altro. Non tutti i Centri di endocrinologia pediatrica sono però attualmente in grado di seguire queste indicazioni.
Ricordiamo anche che il profilo neuro-cognitivo non sembra modificato dalle terapie ormonali sostitutive in soggetti in età post-adolescenziale,[14] mentre alcuni studi su piccoli numeri indicherebbero modesti miglioramenti sulla memoria, sulla velocità di elaborazione mentale e sulle funzioni motorie del trattamento estrogenico precoce in alcuni momenti di sviluppo pre-adolescenza.[15,16] Su questo tema sono necessari ulteriori studi mirati su campioni estesi e con metodologie adeguate.

Un'esperienza italiana

Nel nostro Paese è attiva dal 1993 l'AFaDOC (Associazione Famiglie con Deficit Ormone della Crescita) che offre consulenza e supporto a familiari e pazienti anche con sindrome di Turner.
Nel marzo del 2014 l'Associazione ha promosso il primo gruppo residenziale per adolescenti con ST, condotto da una ginecologa e una psicologa e basato sulle metodologie standard dell'educazione all'affettività e alla sessualità.[17] Il primo incontro è stato incentrato sulle aspettative di cambiamento fisico e psicologico, sulle relazioni interpersonali, sulla capacità di prendersi cura di sé. Basandosi anche su un'indagine di rilevazione dei bisogni, si sono svolti successivi incontri orientati su alcune necessità informative, sulla capacità di esprimere emozioni e sentimenti e su altre difficoltà comunicative.
Attualmente i coordinatori del gruppo stanno portando avanti un programma, che si svolge prevalentemente in campi estivi settimanali, focalizzato da un lato sull'orientamento visuo-spaziale e le abilità psicomotorie e, dall'altro, sulle capacità di focalizzare l'attenzione e le cosiddette "*life skills*", cioè abilità necessarie per la crescita e il benessere individuale, come afferma la stessa Organizzazione Mondiale della Salute.[18]
Le *life skills* comprendono competenze di tipo emotivo, cognitivo e relazionale che aiutano a risolvere problemi, prendere decisioni, pianificare, sviluppare il pensiero critico e il pensiero creativo, coltivare l'autoconsapevolezza e l'empatia.
Ai conduttori iniziali del gruppo si è unita da tempo una pedagogista, esperta anche in pratica psicomotoria, e una scrittrice, che organizza workshop di scrittura e lettura. Il lavoro su brani di racconti, analizzando comportamenti ed emozioni, mimando alcune situazioni, l'esplorazione del legame tra parole e immagini e l'uso di tecniche di scrittura poetica si è dimostrato capace di stimolare l'introspezione e la creatività in modo diretto ed efficace.
A ogni campo si apre anche un "angolo medico" di chiarimenti e consulenze.
Attualmente l'esperienza si è estesa anche a un gruppo di pre-adolescenti, centrato soprattutto su attività psico-educative e psico-motorie.
Dopo 5 anni di esperienza l'attività dei campi estivi AFaDOC ha assunto ormai una sua caratteristica, a metà strada tra l'educativo e il terapeutico, senza trascurare gli aspetti ludici e la grande risorsa del sostegno tra pari. Per qualche ragazza la frequenza al campo ha significato anche la possibilità di evidenziare sul piano diagnostico alcune difficoltà non precedentemente rilevate.
È un limite di questa esperienza la valutazione ancora non adeguata del curriculum, al di là dei test di gradimento; considerando la variabilità del profilo neuro-cognitivo non è semplice costruire uno strumento adeguato, se non proponendo un'indagine longitudinale alla prima partecipazione e, dopo qualche anno, a tutte le frequentatrici. Un altro limite è che si tratta ancora di una risorsa sottoutilizzata rispetto al numero di adolescenti con ST presenti nel nostro Paese, per difficoltà in parte di comunicazione e in parte logistiche.

Proposte per il Pediatra di Famiglia

Il Pediatra che segue una bambina con sindrome di Turner, oltre a curare l'invio verso Centri competenti per gli approfondimenti diagnostici e le prescrizioni terapeutiche, dovrebbe monitorare l'adesione a quanto prescritto, seguire l'andamento del peso e della pressione arteriosa, fondamentale anche in giovane età, ed essere pronto a cogliere segni e sintomi delle comorbidità più frequenti (ad esempio, problemi cutanei, segni di ipotiroidismo o di patologie infiammatorie gastrointestinali).
Inoltre, proprio per la sua conoscenza e vicinanza con la famiglia, ha l'opportunità di leggere e monitorare le difficoltà della sua giovane paziente e dei suoi familiari sul piano delle informazioni, ma anche dell'inserimento scolastico o in altre attività. Su queste può cercare interlocutori adeguati, tenendo sempre presente che, al di là degli aspetti

strettamente endocrini, possono essere presenti deficit neuro-cognitivi, affrontabili, se rilevati precocemente.
Soprattutto nella fase della maturazione puberale, sia spontanea sia indotta, che di solito coincide con l'inizio delle scuole superiori, sarebbero utili dei momenti di ascolto della ragazza da sola per capire le sue aspettative, gli ostacoli sul suo percorso verso l'autonomia, la presenza o meno di relazioni significative con i coetanei ed eventuali necessità di confronto e di aiuto.

Inoltre è importante che la stimoli a seguire comportamenti che le siano di aiuto sul piano dello stile di vita, come una minima linea alimentare e soprattutto un'attività fisica adatta alle sue caratteristiche corporee e alla sua situazione cardiovascolare. Anche il passaggio al Medico di Medicina Generale richiede una cura particolare per queste ragazze che di fatto spesso sono in lieve ritardo, sia fisicamente sia psicologicamente rispetto alle loro coetanee, sulla strada che le porterà a diventare giovani adulte.

Bibliografia

1. Apperley L, Das U, Ramakrishnan R, et al. Mode of clinical presentation and delayed diagnosis of Turner syndrome: a single Centre UK study. Int J Pediatr Endocrinol 2018;2018:4.
2. Baldin AD, Fabbri T, Siviero-Miachon AA, et al. Growth hormone effect on body composition in Turner syndrome. Endocrine 2011;40(3):486-91.
3. Lebenthal Y, Levy S, Sofrin-Drucker E, et al. The Natural history of metabolic comorbidities in Turner Syndrome from childhood to early adulthood: comparison between 45, X monosomy and other karyotypes. Front Endocrinol (Lausanne) 2018;9:27-34.
4. Wegiel M, Antosz A, Gieburowska J, et al. Autoimmunity predisposition in girls with Turner Syndrome. Front Endocrinol (Lausanne) 2019;10:511-16.
5. Roulot D. Liver involvement in Turner syndrome. Liver Int 2013;33(1):24-30.
6. Gravholt CH, Andersen NH, Conway GS, et al. On behalf of the International Turner Syndrome Consensus Group. Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting. Eur J Endocrinol 2017;177:G1-G70.
7. Sutton EJ, Young J, McInerney-Leo A, Bondy CA. Truth telling and Turner Syndrome: the importance of diagnostic disclosure. J Pediatr 2006;148(1):102-7.
8. Hong DS, Reiss AL. Cognitive and neurological aspects of sex chromosomes aneuploidies. Lancet Neurol 2014;13:306-18.
9. Attout L, Noel MP, Nossogne MC, Rousselle L. The role of short-term memory and visuo-spatial skills in numerical magnitude processing: evidence form Turner syndrome. Plos One 2017;12(2):e0171454.
10. Mauger C, Lancelot C, Roy A, et al. Executive functions in children and adolescents with Turner Syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychology Review 2018; 28:188-215.
11. Lepage JF, Dunkin B, Hong DS, Reiss AL. Impact of cognitive profile on social functioning in prepubescent females with Turner syndrome. Child Neuropsychol 2013;19(2):161-72.
12. Hutaff-Lee C, Bennett E, Howell S, Tartaglia N. Clinical developmental, neuropsychological, and social-emotional features of Turner syndrome. Am J Med Genet 2019;181(1):126-34.
13. Culen C, Ertl DA, Shubert K, et al. Care of girls and women with Turner syndrome. End Connect 2017;6:R39-R51.
14. Ross Jl, Stefanatos GA, Kushner H, et al. The effect of genetic differences and ovarian failure: intact cognitive function in adult women with premature ovarian failure versus Turner Syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2004;89:1817-22.
15. Ross JL, Roeltgen D, Feuillan P, et al. Use of estrogen in young girls with Turner syndrome: effects on memory. Neurology 2000;54:164-70.
16. Ross JL, Roeltgen D, Feuillan P, et al. Effects of estrogen on nonverbal processing and motor function in girls with Turner's syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1998;83:3198-204.
17. WHO Regional Office for Europe and BZgA Standards for Sexuality Education in Europe. 2010 www.bzga-whocc.de/
18. WHO Life skills education for children and adolescents in schools. Geneve 1997 www. WHO/MNH/PSF/93.7A. Rev.2

Per contattare l'Autore **Metella Dei**: *meteldei@alice.it*

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

Società Italiana di Pediatria SIPPS

SIPPS
SOCIETÀ AFFILIATA ALLA SIP
Società Italiana di Pediatria

LUCI OMBRE ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

1/3 MAGGIO 2020
Hotel Royal Continental, Napoli

Operatori scolastici, morbillo e vaccinazioni

Una riflessione a più voci (SIPPS e A.Ge) alla luce della normativa italiana

Pinto L[1], Liguori R[1], Del Gado R[2], Di Mauro G[1]

[1]SIPPS, Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
[2]Associazione genitori italiani

Parole chiave
morbillo, scuola, vaccinazioni

Key words
measles, school, vaccinations

Riassunto
In Italia, dal 1° gennaio al 31 agosto 2019 sono stati segnalati 1571 casi di morbillo (di cui 151 nel mese di luglio e 77 nel mese di agosto 2019). Le segnalazioni provengono da tutte le Regioni, ma il 50% dei casi in Lazio e Lombardia. L'età mediana dei casi è 30 anni. Sono stati segnalati inoltre diversi casi tra operatori sanitari e operatori scolastici. L'87% dei casi era non vaccinato al momento del contagio e il 31% dei casi segnalati ha sviluppato almeno una complicanza. Questa preoccupante inversione di tendenza e ripresa di attività di malattia impone una riflessione sugli strumenti educativi a disposizione della comunità per restare a coperture sufficienti a garantire la sicurezza della popolazione.

Abstract
In Italy, from January 1st to August 31st 2019, 1571 measles cases were reported (151 in July and 77 in August). The reports come from all Regions, but 50% of the cases in Lazio and Lombardy. The median age of cases is 30 years. Several cases have also been reported among health professionals and school operators. 87% of cases were unvaccinated at the time of infection and 31% developed at least one complication. This worrying reversal of the trend and resumption of disease activity requires a reflection on the educational tools available to remain with sufficient coverage to ensure the safety of the population.

A partire da febbraio 2019, il bollettino mensile della sorveglianza integrata morbillo-rosolia dell'Istituto Superiore di Sanità, *Morbillo & Rosolia News*, ha aggiunto alla segnalazione dei dati epidemiologici sui casi registrati in Italia anche il numero di operatori scolastici che hanno contratto il morbillo nel periodo esaminato. Il numero di ottobre 2019 riporta 43 casi tra operatori scolastici, di cui 34 non vaccinati,[1] segnalati al 30 settembre 2019. La notizia, purtroppo, non giunge inattesa, visto che l'ambito scolastico rappresenta un frequente luogo di trasmissione di questa malattia.[2-5]

Cosa dice la legge?

Già nel 2015, il Comitato Nazionale per la Bioetica aveva raccomandato «*l'osservanza dell'obbligo e un'adeguata pro-*

filassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado e in generale nei luoghi maggiormente frequentati dai bambini in funzione della loro specifica attività».[6] Inoltre, due anni dopo, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 ha collocato gli operatori scolastici fra le categorie di lavoratori per cui sono indicate specifiche vaccinazioni sottolineando, in particolare, come «chi è a contatto con bambini nelle prime fasi di vita è a rischio sia di contrarre patologie infettive tipiche dell'infanzia, sia di essere esso stesso veicolo di infezione».[7]
Di conseguenza, secondo il DPM del 12 gennaio 2017, gli operatori scolastici rientrano nella categoria A3 dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in quanto «*soggetti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento*», e hanno quindi diritto a essere vaccinati.[8]
Nonostante che l'articolo 3, comma 3-bis, della legge 191 del 31/7/2017 avesse disposto che «*entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, gli operatori scolastici, sanitari e socio-sanitari*» dovevano presentare «agli istituti scolastici e alle aziende sanitarie nei quali prestavano servizio una dichiarazione comprovante la propria situazione vaccinale»[9], allo stato attuale non vi è alcuna informazione sulla copertura vaccinale degli operatori scolastici in Italia né alcuna norma che obblighi il personale della scuola a vaccinarsi.
Inoltre, bisogna considerare che, ad oggi, è pienamente vigente il D.L. 9 aprile 2008, n. 81, in cui, come ricordato nel PNPV 2017-2019, all'art. 279, comma 2, si prescrive che «il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente; b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore, prevedendo sanzioni di rilievo per il datore di lavoro nel caso della mancata applicazione della norma».[10]
Infine, dal momento che la L. 119 del 31 luglio 2017 dispone, all'art. 4, che «*I minori che si trovano nelle condizioni di cui all'art. 1 comma 3*», ovvero che presentano una controindicazione alla vaccinazione, «sono inseriti, di norma, in classi nelle quali sono presenti solo minori vaccinati o immunizzati», appare illogico che non venga garantito che anche gli operatori scolastici siano vaccinati o immunizzati, nel proprio interesse (come previsto dalla L. 81/2008) e nell'interesse dei minori che frequentano la scuola.
Con la meritoria istituzione dell'iniziativa "Scuola in ospeda-

le", l'Italia garantisce ai bambini e ai ragazzi ricoverati il diritto all'istruzione come diritto a conoscere e ad apprendere anche durante la degenza in ospedale, nonostante la malattia da cui sono affetti. Fra di loro il numero degli immunodepressi è molto elevato: gli operatori scolastici che si dedicano a questo servizio, sia in ospedale che a domicilio, devono essere necessariamente protetti dalle malattie infettive diffusibili, che le vaccinazioni prevengono.

È dunque fondamentale, come raccomandato dal Comitato Nazionale di Bioetica e previsto dal vigente PNPV 2017-2019, promuovere campagne d'informazione, comunicazione ed educazione fra gli operatori scolastici, al fine di illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo, e richiamarli a scelte consapevoli e corrette.[11] Ciò vale in particolare per la categoria dei docenti, quali professionisti a cui gli studenti e le famiglie si rivolgono con fiducia per conoscere il loro parere anche su temi di interesse comune e non prettamente scolastico. Il loro ruolo è certamente positivo quando raccomandano il rispetto del calendario vaccinale e li aiutano a superare le eventuali esitazioni, ma può essere altresì negativo qualora siano essi stessi a esprimere dubbi e perplessità, dando credito alle false informazioni che a volte sono diffuse dai media.[2,12]

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) da anni, in collaborazione con l'Associazione Genitori Italiani (A.Ge.), conduce campagne di informazione per le famiglie su vari temi, fra cui i vaccini e le vaccinazioni e, a partire dal 2019, vuole estendere questa attività anche agli operatori scolastici, nel loro interesse e nell'interesse dei bambini che vengono affidati alle loro mani esperte.

Bibliografia

1. Filia A, Bella A, Del Manso M, et al. Morbillo & Rosolia News.
2. Riccò M, Vezzosi L, Gualerzi G, Signorelli C. Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards vaccinations in the school settings: an explorative survey. J Prev Med Hyg 2017;58:E266–E278.
3. Luthy KE, Houle K, Beckstrand RL, et al. Vaccination perceptions and barriers of school employees: a pilot study. J Sch Nurs 2013; 29:284-93.
4. Ruijs WL, Hautvast JL, Akkermans RP, et al. The role of schools in the spread of mumps among unvaccinated children: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis 2011;11:227.
5. Mimura S, Kamigaki T, Takahashi Y, et al. Role of Preschool and Primary School Children in Epidemics of Influenza A in a Local Community in Japan during Two Consecutive Seasons with A(H3N2) as a Predominant Subtype. PLoS One 2015;10:e0125642.
6. Comitato Nazionale di Bioetica: L'importanza delle vaccinazioni, 24 aprile 2015.
7. Ministero della salute, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
8. DPM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) G.U. Serie Generale n. 65, 18 marzo 2017.
9. DL 7 giugno 2017, n. 73, coordinato con la legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 recante: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci.». (17A05515) G.U. Serie Generale n.182 del 05-08-2017.
10. D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106, Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, Rev. Febbraio 2019.
11. Bechini A, Bonanni P, Moscadelli A, et al. Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione. Epidemiol Prev 2019;43:71-5.
12. Riccó M, Vezzosi L, Gualerzi G, et al. Measles vaccine in the school settings: a cross-sectional study about knowledge, personal beliefs, attitudes and practices of school teachers in northern Italy. Minerva Pediatr 2018 Jul 2.

Per contattare l'Autore **Luciano Pinto**: *lucianopinto@virgilio.it*

Il triage telefonico: l'occhio rosso da corpo estraneo nell'occhio

Venturelli L
Pediatra, Bergamo

Riassunto
Inizia con questo numero, e continuerà nel corso del prossimo anno, un percorso per il triage telefonico di un disturbo oftalmologico comunemente riscontrato nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia. Essendo un sintomo molto generico, necessita di una valutazione iniziale delle motivazioni possibili che ne hanno comportato l'insorgenza. È importante valutarne la gravità per procedere nel migliore dei modi. In questo primo appuntamento mostreremo come procedere nel caso di un occhio che si arrossa per la presenza di un corpo estraneo nello stesso.

Abstract
Beginning with this issue, and during next year, we will present the triage for a common ophthalmologic disorder. Being a very generic symptom, it needs an initial assessment of the possible motivations that led to its onset. It is important to evaluate its severity in order to proceed in the best way. In this first appointment we will show how to proceed in case of an eye that is reddened by the presence of a foreign body in it and treated by pediatricians, therefore it's important that they can recognize promptly these diseases.

Parole chiave
occhio rosso, corpo estraneo, triage

Key words
red eye, foreign body, triage

Introduzione

L'occhio rosso rappresenta sempre un campanello d'allarme per la presenza di uno stato infiammatorio (più o meno grave), di origine infettiva, allergica o traumatica. È opportuno tuttavia ricordare che difficilmente le conseguenze sono serie per la funzionalità visiva a lungo termine: per la stragrande maggioranza sono infatti problemi di semplice risoluzione.
È tuttavia importante riconoscere il motivo alla base della manifestazione del disturbo, pertanto sarà opportuno indirizzare le domande iniziali per poter poi prendere una decisione al riguardo.
Per poter distinguere tra le possibilità si potrà dunque procedere ponendo le seguenti domande:

- c'è stato un trauma o è entrato in contatto con un corpo estraneo?
- ha avuto contatto con prodotti chimici o irritanti?
- c'è secrezione biancastra, filante?
- c'è solo l'occhio rosso, senza altri disturbi?
- il bambino è allergico e ha l'occhio arrossato (entrambi gli occhi arrossati, lacrimazione intensa, prurito o frequente sfregamento, talvolta lieve gonfiore delle palpebre, talvolta concomitante rinite, mancano invece febbre, dolore e pus)?

A seconda della risposta ottenuta si potrà iniziare a orientarsi sulle diverse motivazioni alla base del disturbo, che verranno discusse in dettaglio a partire da questo numero, in cui ci concentreremo sulla risposta positiva alla prima delle domande elencate.

Definizione

Si intende per corpo estraneo la presenza nell'occhio di corpi quali, ad esempio, ciglia, frammenti di muco secco, sabbia o polvere, i quali provocano irritazione, lacrimazione e dolore.

Domande iniziali

- Nome, età, peso del bambino

Domande

- Che cos'è entrato nell'occhio?
- È un oggetto appuntito?
- L'oggetto ha colpito l'occhio in modo intenso?
- Quando è successo?
- Che sintomi ha adesso il bambino?
- C'è fuoriuscita di sangue o di fluido dal globo oculare?
- Ci sono delle particelle conficcate nella cornea?

Visita immediata in Pronto Soccorso se:

- il corpo estraneo è appuntito **(1)**
- ci sono delle particelle presenti sulla cornea **(2)**
- l'oggetto ha colpito l'occhio ad alta velocità **(3)**
- c'è fuoriuscita di sangue o di fluido dal globo oculare con sospetta perforazione del globo oculare **(4)**
- ci sono frammenti di vetro sulle palpebre. Dare queste indicazioni comunque:
  1. piegare in avanti il bambino e fargli chiudere gli occhi;
  2. cercare di togliere i frammenti di vetro dalla pelle soffiando sulle palpebre chiuse. Spesso alcuni frammenti di vetro possono essere rimossi anche toccando le palpebre con un pezzetto di nastro adesivo;
  3. versare acqua sull'occhio chiuso e sulla faccia per rimuovere i vetri rimasti;
  4. coprire gli occhi con un asciugamano bagnato e portare il bambino in Pronto Soccorso. Gli occhi non devono essere sfregati.

Visita da programmare nelle ore di ambulatorio se:

- non si riesce a rimuovere il corpo estraneo o permane la sensazione di sabbia nell'occhio
- la visione non torna normale dopo che l'occhio ha riposato per 1 ora
- la lacrimazione e l'ammiccamento persistono per più di 2 ore dopo la rimozione del corpo estraneo
- compare pus dopo 2-3 giorni dall'ingresso del corpo estraneo **(5)**
- dolore intenso all'occhio dopo un uso prolungato di lenti a contatto **(6)**
- bruciore, irritazione e prurito all'occhio, con sensazione di sabbia. **(7)**

Consigli telefonici

- Il fastidio, il rossore e l'eccessiva lacrimazione solitamente scompaiono 1 o 2 ore dopo la rimozione del corpo estraneo.
- In caso di **piccole particelle (sabbia, polvere** ecc.) pulire la zona intorno all'occhio con un asciugamano bagnato. Fare aprire e chiudere l'occhio al bambino ripetutamente mentre gli si tiene immerso il viso in un catino pieno d'acqua. Se il bambino è troppo piccolo per cooperare mettere la faccia sotto un debole getto di acqua tiepida cercando di tenere ben aperte le palpebre.
- Se il corpo estraneo è **in un angolo dell'occhio** può essere rimosso con un fazzoletto, un batuffolo di cotone inumidito o un pezzetto di nastro adesivo.
- Se il corpo estraneo non è visibile probabilmente è **sotto la palpebra superiore.** Fare aprire e chiudere l'occhio al bambino ripetutamente, meglio mentre il viso è immerso in un catino pieno d'acqua. Se non è sufficiente, sollevare la palpebra superiore e trascinarla sul margine di quella inferiore. Questa manovra e la lacrimazione possono fare spostare le particelle.

Considerazioni e commenti

(1) Portare a visita anche se il corpo estraneo è già stato rimosso, per sospetta abrasione corneale: può essere causata da una graffiatura da un corpo estraneo appuntito o duro che sia alloggiato nella palpebra superiore e si muova sulla cornea ogni volta che il paziente ammicca. Causa forte dolore, lacrimazione e aumentato ammiccamento.

(2) Corpo estraneo incastrato nella cornea: un corpo estraneo appuntito può incastrarsi nella cornea, solitamente è visibile dai familiari. Causa forte bruciore finché non viene rimosso; spesso si presenta come una piccola ustione nerastra.

(3) Corpo estraneo intraoculare: se un corpo estraneo colpisce l'occhio ad alta velocità, come una piccola scheggia metallica, può perforare il globo oculare e posizionarsi al suo interno. Se attraversa la cornea causa un'emorragia della camera anteriore (ipoema traumatico).

(4) Fuoriuscita di liquido dal globo oculare: se passa attraverso la sclera, la presenza di sangue o fluido che esce dal bulbo oculare è diagnostica così come la presenza di un piccolo segno nel punto d'ingresso. I sintomi sono un dolore sordo e visione offuscata.

(5) Si pensi a sovrainfezione batterica: se ci sono numerosi corpi estranei e non vengono completamente rimossi si può instaurare una congiuntivite batterica secondaria.

(6) È una condizione che imita la presenza di un corpo estraneo nell'occhio; può causare lievi lesioni alla cornea. Se l'abrasione viene infettata da batteri può originarsi un'ulcera corneale che richiede la visita immediata di un oftalmologo.

(7) Si può trattare di blefarite streptococcica: è un'infezione del margine della palpebra. La sensazione di sabbia nell'occhio deriva da squame che si formano sul margine dell'occhio e che fluttuano nel sacco congiuntivale.

Bibliografia essenziale

- Eye foreign body. Visto in https://www.emedicinehealth.com/foreign_body_eye/article_em.htm#what_are_the_symptoms_of_a_foreign_body_injury_to_the_eye.
- Schmitt BD. Pediatric Telephone Protocols. 14th Edition. Publisher: American Academy of Pediatrics, 2012.
- Pediatric Eye problems. Visto in: https://www.migrantclinician.org/toolsource/clinical-guidelines/pediatric-telephone-triage-guidelines.html.

Per contattare l'autore **Leo Venturelli**: *leoventu@libero.it*

XXXII Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIPPS SOCIETÀ AFFILIATA ALLA SIP

Bambini dal mondo, bambini del mondo: le nuove sfide

17 • 20 Settembre 2020
Hotel Golden Tulip Plaza Caserta