ANNO **XI** - Numero **4** - 2016 - ISSN 1970-8165

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

L'enuresi, un problema che non va nascosto

Le reazioni emotive dei fratelli sani in Oncoematologia Pediatrica: esperienza di intervento psicologico

Choosing Wisely: le 5 cose da NON FARE nel bambino con faringotonsillite acuta

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

Editoriale

Cari amici,
apro questo ultimo numero del 2016 ringraziando quanti hanno voluto rieleggermi alla guida della SIPPS, confermando che quanto abbiamo realizzato finora è stato apprezzato non solo dalle famiglie ma anche da chi "vive" la Società, riconoscendo l'impegno e la passione investiti per garantire salute e benessere ai nostri piccoli pazienti, che rappresentano la nostra ricchezza e un prezioso investimento per il futuro. Sono onorato di poter continuare a guidare la SIPPS per i prossimi quattro anni e vorrei ringraziare i miei collaboratori, professionisti di livello che contribuiscono a rendere la Società un riferimento autorevole nel panorama scientifico nazionale, ma non solo. Ho conferma di tutto questo pensando all'intensa partecipazione al Congresso Nazionale della Società che si è tenuto il settembre scorso, dal titolo "Radici profonde per l'adulto di domani". Nella splendida cornice di Caserta, oltre 150 relatori e più di 500 medici da tutta Italia hanno partecipato con grande interesse a 4 giorni di intenso lavoro, durante i quali finalmente la Società ha potuto presentare il risultato del grande e costante operato dei suoi pediatri - esperti nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle patologie infantili - e apprezzarne il gradimento da parte di quanti sono intervenuti. In occasione del Congresso sono state affrontate diverse tematiche e finalmente sono state distribuite ai nostri Soci le attesissime pubblicazioni realizzate nel corso dei mesi precedenti: la Consensus HELP ("Human Early Life Prevention") sulla prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e sulla promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo, la Guida pratica sulle Immunodeficienze nell'Ambulatorio del Pediatra e il Manuale di Nutrizione in Età Evolutiva. Per conoscere più nel dettaglio gli argomenti di cui si è discusso durante il congresso vi invito a leggere la sezione Agorà che troverete nelle prossime pagine, dedicata proprio al racconto di come si sono svolte le giornate congressuali. A seguire una serie di interessanti articoli che abbiamo selezionato per voi, dedicati a tematiche di interesse e di utilità pratica: dalla prevenzione dell'enuresi alla valutazione corretta e uniforme delle invalidità/infermità di vario tipo, e ancora, dall'esperienza dedicata all'intervento psicologico in oncoematologia pediatrica, che descrive le maggiori reazioni emotive dei fratelli di bambini con tumore attraverso l'analisi dei loro colloqui psicologici clinici, alla Choosing Wisely, campagna educazionale nata in USA e promossa anche nel nostro Paese.
Infine, abbiamo voluto ricordare in questo numero Manuel Adolfo Castello, illustre pediatra argentino che ha speso la sua carriera interamente in Italia ed è scomparso a Roma nel settembre 2015.
Concludiamo, come di consueto, anticipando gli appuntamenti del 2017: ***Napule è...Pediatria Preventiva e Sociale*** *sarà ospitato dall'incantevole* ***Napoli*** *dal* ***28 Aprile al 1 Maggio 2017****, mentre il* ***XXIX Congresso Nazionale SIPPS*** *si terrà a* ***Venezia*** *dal* ***14 al 17 Settembre****.*
E proprio a Caserta abbiamo iniziato a tracciare i passi che la SIPPS intende fare in vista del prossimo Congresso nazionale, che posso qui riassumere in tre grandi macro aree: la forte rivalutazione del ruolo del Pediatra, la grande unità dell'area pediatrica e il coinvolgimento sempre maggiore dei giovani medici e specialisti nella vita della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale. Vi ringrazio ancora di cuore per il supporto che ci dimostrate e voglio augurare a tutti voi di trascorrere serene festività in compagnia dei vostri affetti più cari.

Dott. Giuseppe Di Mauro
Presidente SIPPS

ANNO **XI** - Numero **4** - 2016
ISSN 1970-8165

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE
Giuseppe Di Mauro
VICE PRESIDENTI
Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello
CONSIGLIERI
Salvatore Barberi, Roberto Berni Canani, Elena Chiappini, Valerio Nobili, Elvira Verduci
SEGRETARIO
Maria Carmen Verga
TESORIERE
Emanuele Miraglia del Giudice
REVISORI DEI CONTI
Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza
RESPONSABILI RAPPORTI CON ENTI E ISTITUZIONI
Luca Bernardo, Franco Locatelli
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, Roberto Berni Canani, Gianni Bona, Annamaria Castellazzi, Elena Chiappini, Giuseppe Di Mauro, Lucia Diaferio, Pietro Falco, Ruggiero Francavilla, Daniele Ghiglioni, Paola Giordano, Franco Locatelli, Claudio Maffeis, Lorenzo Mariniello, Gianluigi Marseglia, Vito Leonardo Miniello, Emanuele Miraglia del Giudice, Valerio Nobili, Giuseppe Saggese, Giovanna Tezza, Giuseppe Varrasi, Leo Venturelli, Elvira Verduci, 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

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

AGORÀ 4

REVIEW

L'enuresi, un problema che non va nascosto
Chiozza L, Di Mauro D 14

APPROFONDIMENTI

Il danno funzionale in età pediatrica ed evolutiva: una nostra proposta operativa
Cembrani F, Castellani M, Ciraolo G 25

ESPERIENZE

Le reazioni emotive dei fratelli sani in Oncoematologia Pediatrica: esperienza di intervento psicologico
D'Alfio E, Massaglia P, Zucchetti G, Vassallo E, Nesi F, Barisone E, Bertolotti M 34

DOCUMENTI

Manuel Adolfo Castello (1935-2015): la dimensione mondiale della Pediatria fra scienza e centralità dell'individuo
Farnetani I 42

Choosing Wisely: le 5 cose da NON FARE nel bambino con faringotonsillite acuta
Chiappini E, Bortone B, Di Mauro G, Esposito S, Galli L, Landi M, Marchisio P, Marseglia GL, Principi N, de Martino M 48

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

© 2016 Sintesi InfoMedica S.r.l.

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 G. Ripamonti, 89 - 20141 Milano
    Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301
    E-mail: redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

Focus on: XXVIII Congresso Nazionale SIPPS di Caserta

Più di 600 partecipanti, tra relatori, esperti, *opinion leader* provenienti dall'Italia e dall'estero ed iscritti, si sono incontrati nelle sale del **Grand Hotel Vanvitelli di Caserta** per discutere rilevanti tematiche riguardanti la salute del bambino in occasione del **XXVIII Congresso Nazionale SIPPS**. Tale è stata l'affluenza di specialisti all'ultimo appuntamento del 2016, a dimostrazione dell'attenzione costante che la Società rivolge alla formazione. Impegnata quotidianamente a fianco del Pediatra nell'offrire ai genitori e agli educatori strumenti utili per affrontare il difficile compito di crescere i bimbi in salute, **la SIPPS** anche quest'anno **ha riconfermato il suo ruolo di riferimento nel campo della Pediatria italiana**. Durante 4 giorni di lavoro, da giovedì 15 a domenica 18 settembre, gli specialisti sono stati protagonisti di numerose sessioni incentrate sul tema "**Radici profonde per l'adulto di domani**", un concetto che rimanda alla *mission* della SIPPS, cioè **essere accanto ai pediatri e alle famiglie nel percorso di crescita del bambino, affinché diventi un adulto "solido", con radici profonde**.

Il congresso giorno per giorno

Giovedì 15 settembre: avvio dei lavori e cerimonia di inaugurazione

Il Congresso ha avuto inizio già nel primo pomeriggio di giovedì con i "**PER… CORSI**", sessioni di approfondimento dedicate quest'anno alle **Patologie oculari in età pediatrica**, all'"**Help per self-help. Screeniamo gli screening**" ed ai criteri per **definire un Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) a partire dalle Linee Guida disponibili**, in base ai principi di appropriatezza organizzativa, perché le raccomandazioni cliniche delle Linee Guida possono trovare diversa applicazione in rapporto al contesto e alle risorse disponibili. Nel corso del pomeriggio, nell'incantevole **Cappella Palatina della Reggia di Caserta**, i partecipanti sono stati invitati a prendere parte all'inaugurazione ufficiale del Congresso, alla presenza di numerose autorità, tra cui il **sindaco di Caserta Carlo Marino** e il **consigliere regionale Gianpiero Zinzi**. Nel corso della cerimonia la SIPPS ha premiato i giovani medici assegnando il **Premio "Guido Brusoni" alla migliore comunicazione orale** presentata durante il Congresso. Quest'anno è stata scelta come più innovativa la comunicazione: "**Effetti avversi degli antipsicotici in età evolutiva: aggiornamento della letteratura" di Pisano S, Catone G, Veltri S, Lanzara V, Pozzi M, Clementi E, Iuliano R, Riccio MP, Radice S, Molteni M, Capuano A, Gritti A, Coppola G, Milone A, Bravaccio C e Masi G**.

La cerimonia è proseguita con due **letture magistrali: "Radici profonde per l'adulto di domani**" e "**Le nuove frontiere della genetica**".

Il Congresso, suddiviso in **sette sessioni**, è stato l'occasione per presentare **3 importanti progetti editoriali SIPPS 2016**: la **Consensus HELP** - "***Human Early Life Prevention***", **sulla prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e sulla promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo**; la **Guida pratica sulle Immunodeficienze nell'ambulatorio del Pediatra** e il **Manuale di nutrizione in età evolutiva**. Tutte le pubblicazioni, con il libro degli Atti e la Guida pratica sulle Allergie, sono state date in omaggio ai soci intervenuti al Congresso.

Venerdì 16 settembre: Consensus HELP e Guida sulle immunodeficienze

La **Consensus HELP** è stata tra i *topics* di maggior rilievo della seconda giornata di lavori, insieme alla **Guida sulle Immunodeficienze nell'ambulatorio del Pediatra**.

Il Presidente Giuseppe Di Mauro durante la cerimonia di inaugurazione del XXVIII Congresso Nazionale SIPPS, presso la Cappella Palatina della Reggia di Caserta

L'assegnazione del premio "Guido Brusoni" alla migliore comunicazione orale

Consensus HELP - "Human Early Life Prevention"

Risultato della collaborazione di grandi e prestigiosi **esperti in diverse aree della medicina**, questa pubblicazione rappresenta un **documento di alto valore scientifico, unico nel suo genere**. L'opera tratta la prevenzione delle **malattie non trasmissibili** – il più rilevante problema sanitario dei Paesi ad economia avanzata – ed **affron-**

ta per la prima volta tutte le principali criticità proponendo possibili interventi preventivi già a partire dall'epoca pre-concezionale, prendendo in considerazione un periodo più ampio dei ben noti 'primi 1.000 giorni di vita', finestra temporale che va dal concepimento al secondo anno di età del bambino. La trattazione degli argomenti ha compreso una **parte generale** e una serie di **quesiti di interesse comune nella pratica clinica**. Il piano del **documento** è stato **impostato secondo fattori di rischio** suddivisi tra quelli che possono influenzare tutte le età e quelli specifici per ogni periodo critico, e ha previsto le seguenti sezioni: **età fertile e concepimento, gravidanza, primo semestre di vita, secondo semestre di vita e 12-24 mesi**. Di fatto la Consensus HELP si pone come strumento utile a gettare le basi per le generazioni future, consentendo di fare prevenzione per permettere al bambino di oggi di mettere quelle "radici profonde" che lo renderanno un adulto "solido" domani.

Guida sulle Immunodeficienze nell'ambulatorio del Pediatra

Questa Guida, che ha riscosso un enorme successo tra i partecipanti al Congresso, è nata con lo scopo di fornire al Pediatra una **pubblicazione di facile consultazione per favorire la presa in carico del bambino con immunodeficienze, con l'obiettivo finale di migliorarne la qualità di vita**. Alla stesura dell'opera hanno partecipato Pediatri e Immunologi che hanno svolto un'efficace sintesi e coordinamento tra i diversi livelli assistenziali, realizzando uno **strumento di grande utilità per l'attività ambulatoriale quotidiana.** La **professoressa Marzia Duse**, Presidente della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP), si è occupata della Supervisione tecnico-scientifica dell'opera e ha dichiarato sul tema: "*le immunodeficienze primitive sono patologie rare che per la loro complessità ed eterogeneità si prestano a essere sottostimate, ma talvolta, paradossalmente, possono essere oggetto di sovrastima. Sono le malattie più frequentemente sospettate: si pensi al bambino con infezioni ricorrenti. Sono caratterizzate da un ritardo considerevole di diagnosi: dai registri risulta che anche quelle relativamente più frequenti, come l'immunodeficienza comune variabile, lamentano un ritardo di diagnosi di oltre uno-due anni*".

La professoressa Marzia Duse, Presidente SIAIP e supervisore tecnico-scientifico della Guida sulle immunodeficienze

La Guida ha un'impostazione schematica e pragmatica e vuole offrire un **rapido orientamento al Pediatra generalista nei casi di difficile inquadramento**, ponendo attenzione a segni o sintomi di sospetto per le immunodeficienze primitive. Nella giornata di venerdì gli iscritti al Congresso hanno potuto anche approfondire la valutazione dello **Sviluppo neurocognitivo,** con il **corso di 2° livello**, e hanno partecipato all'apprezzatissima sessione sulle "**Trappole cliniche**", durante la quale è stato illustrato come, in ambito pediatrico e soprattutto nella fase di esordio di alcune malattie, il quadro clinico del soggetto possa presentare numerose "trappole", con sintomi che orienterebbero verso una determinata malattia ma che in realtà costituiscono elementi di esordio di patologie di altra natura.

Sabato 17 settembre: il Manuale di Nutrizione, *Choosing Wisely* e i Corsi pratici

L'evento *clou* della penultima giornata del Congresso è stata la presentazione del **Manuale di Nutrizione in età evolutiva**, ma il calendario dei lavori ha previsto anche altre interessanti sessioni.

Manuale di Nutrizione in Età Evolutiva

Il tema portante del Manuale di Nutrizione in Età Evolutiva è la **corretta alimentazione**, ovvero il tentativo di porre un rimedio al dilagare di **sovrappeso e obesità, la cui prevalenza è notevolmente aumentata in tutto il mondo**, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito.

La pubblicazione è nata dalla **collaborazione tra i migliori Pediatri nutrizionisti a livello nazionale e internazionale** e costituisce a oggi il **più attuale e completo aggiornamento sulla nutrizione in età evolutiva presente in Letteratura**. Oltre agli argomenti di base (latte materno, alimentazione complementare o in età scolare), il testo affronta tematiche come la **sicurezza alimentare, l'autosvezzamento e i modelli alimentari**

emergenti. La trattazione è completata da materiale di utilità pratica come le **schede per i genitori** e alcuni **schemi di alimentazione complementare**. Tra gli argomenti di maggiore interesse, quello relativo ai **latti speciali**, curato dal **Professore Vito Leonardo Miniello**, docente di Nutrizione Pediatrica presso l'Università di Bari e vicepresidente nazionale della SIPPS, che ha spiegato: "*il latte materno, alimento naturale specie-specifico, viene legittimamente considerato un complesso sistema biologico dinamico e inimitabile, in grado di soddisfare le esigenze nutritive e metaboliche del neonato/lattante. L'elevata biodisponibilità dei suoi nutrienti strutturali e funzionali, la presenza di cellule, di fattori bioattivi con funzioni trofiche, metaboliche, ormonali e immunitarie, conferiscono alla sua composizione dignità di gold standard. Il latte materno è sicuro dal punto di vista microbiologico, nutrizionalmente bilanciato, economico, sempre disponibile a temperatura corretta*".

Sempre sabato i discenti hanno potuto prendere parte a una sessione dedicata al "***Choosing Wisely*: la filosofia di un metodo**", e a due **corsi pratici**, di **cardiologia** e di **nefrourologia**. Nel pomeriggio occhi puntati sulla "**Pediatria Preventiva e Sociale**", con l'approfondimento di sei tematiche, tra cui la salute andrologica dal bambino all'adulto, la gestione dell'enuresi, l'ostruzione nasale, i nei dei bambini, la *Low Dose Medicine* nelle IRR e l'approccio ragionato alla febbre nel bambino.

Nel corso della stessa giornata si è tenuto un "evento nell'evento", cioè una sessione promossa dal Network GPS rivolta ai Pediatri, al pubblico e alla scuola, dal titolo "**Radici profonde per l'adulto di domani. Seminare Salute per Regalare Futuro!**", durante la quale sono stati discussi e premiati i progetti didattici di "Regaliamo il futuro". Infine la "**Road show: arriva la volpe Roddy… seguila e fai le scelte furbe!**", sessione in cui è stato distribuito materiale educativo per le famiglie.

Domenica 18 settembre: "Ci piace sognare" e i corsi pratici a numero chiuso

L'ultima giornata congressuale ha visto sul palcoscenico ancora la "**Pediatria Preventiva e Sociale**", con la presentazione del Progetto "**Ci piace sognare**" e l'analisi di come dormono i bambini in Italia. Si è parlato anche di "**Bambini che si ammalano spesso**" e di **trattamento topico della dermatite atopica**. Di particolare interesse la presentazione dedicata alla **Prevenzione e gestione delle Allergie alle Proteine Latte Vaccino (APLV)** e quella incentrata sul tema "**Plagiocefalie posizionali**". A conclusione del Congresso due **Corsi pratici a numero chiuso** (non più di 25/30 persone): un "**Corso pratico di emato-oncologia**" e un "**Corso pratico di ortodonzia**".

Il Dottor Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS riconfermato alla guida della Società proprio in questa occasione, ha dichiarato: "*sono entusiasta di aver portato tutti questi grandi pediatri nella meravigliosa Reggia di Caserta, luogo unico che tutto il mondo ci invidia. È un traguardo che rappresenta l'ennesimo tassello dell'attenzione costante che la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale rivolge alle problematiche di prevenzione dell'età evolutiva. È con grandissima abnegazione che siamo quotidianamente impegnati nell'offrire ai genitori e agli educatori strumenti utili per affrontare il difficile compito di far crescere i bimbi in salute ed equilibrio psicofisico*".

Il Congresso Nazionale di Caserta ha dimostrato che il grande impegno della Società è ampiamente apprezzato dai Pediatri italiani. L'evento è stato un grande successo e senza dubbio rappresenta un ulteriore stimolo per la SIPPS, che ha già organizzato il calendario di incontri per il 2017. Appuntamento quindi a Napoli, dal 28 Aprile al 1 Maggio, con "Napule è… Pediatria Preventiva e Sociale", mentre il prossimo Congresso Nazionale, il XXIX, si terrà dal 14 al 17 settembre 2017 a Venezia.

Il professor Vito Leonardo Miniello, tra gli Autori del Manuale di Nutrizione in età evolutiva

Un momento della sessione promossa dal Network GPS "Radici profonde per l'adulto di domani. Seminare Salute per Regalare Futuro!"

Rinnovate le cariche direttive SIPPS: una scelta all'insegna della continuità

Nel corso del XXVIII Congresso Nazionale SIPPS si è tenuta l'Assemblea dei soci e la proclamazione del **nuovo Consiglio Direttivo**, con la rielezione del **Dottor Giuseppe Di Mauro** alla guida della Società. Il nuovo Consiglio Direttivo SIPPS vede riconfermati anche i due vicepresidenti, **Gianni Bona** e **Vito Leonardo Miniello**, mentre il ruolo di Segretario è stato affidato a **Maria Carmen Verga. Emanuele Miraglia del Giudice** resta come Tesoriere della Società ed i nuovi Consiglieri eletti sono: **Salvatore Barberi, Roberto Berni Canani, Elena Chiappini, Elvira Verduci** e **Valerio Nobili**. Due, infine, i Revisori dei Conti: **Daniele Ghiglioni** e **Giovanna Tezza**.

Il nuovo Consiglio Direttivo SIPPS pensa al futuro: a Napoli presentati i progetti per il 2017

Il 22 e 23 ottobre scorsi il nuovo Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale si è riunito a Napoli per discutere delle attività e dei progetti in cantiere per il 2017.

Il Presidente Giuseppe Di Mauro, riconfermato nel suo ruolo per i prossimi 4 anni, ha illustrato l'obiettivo della SIPPS: "**essere una Società scientifica aperta e calata nella realtà**", spiegando come la Società intende raggiungere questo scopo: fornire un supporto ai pediatri italiani nella pratica clinica quotidiana attraverso la realizzazione di progetti e documenti rigorosamente *evidence-based*; perseguire l'implementazione dell'appropriatezza nella prevenzione e nell'attività assistenziale; porsi vicino alle famiglie e interloquire con le Istituzioni.

La volontà di coniugare alto livello scientifico ed implementazione dell'appropriatezza viene perseguita dalla SIPPS anche con la pubblicazione delle **sintesi in inglese tratte dalle ultime Consensus SIPPS** (Prevenzione delle allergie 2014, Vitamina D e Disordini Funzionali Gastrointestinali 2015, HELP – "*Human Early Life Prevention*" 2016) che avverrà su importanti riviste internazionali indicizzate.

Diversi i progetti in essere, spesso proposti da Società, Associazioni ed esperti esterni alla SIPPS, che negli ultimi anni ha visto aumentare significativamente la richiesta di collaborazioni da parte di altre realtà impegnate in campo pediatrico, indice della sempre maggior considerazione di cui la Società gode in questo ambito.

Il **Professor Giuseppe Saggese**, neodirettore della Rivista organo ufficiale della Società, ha presentato il primo di questi progetti, proposto dal **Dottor Michele Fiore**: una **Guida Pratica sulla transizione per il Pediatra e per il Medico dell'adulto**, un documento congiunto di SIPPS, FIMP, FIMMG, SIMG e Specialisti dei Centri di 2°-3° livello per le più frequenti e importanti patologie croniche. La Guida ha lo scopo di organizzare la transizione dell'adolescente dal sistema di cure pediatriche a quello dell'adulto, con la conoscenza e la presa in carico dei principali problemi che i giovani hanno in questa delicata fase della vita. È infatti dimostrato che un passaggio svolto in modo adeguato aumenta la compliance alla prevenzione e alle terapie, con significative ricadute in termini di salute, qualità di vita e riduzione della spesa sanitaria.

La riunione tenutasi nel capoluogo campano ha visto l'approvazione anche di altri importanti progetti editoriali per il 2017: una **Consensus sull'appropriato utilizzo dei farmaci antipsicotici in età pediatrica**, documento realizzato con la Società Italiana di Farmacologia e tra i cui estensori figurano il Professor Valerio Nobili, componente dell'EMA, il Neuropsichiatra infantile Gabriele Masi e il Neurologo Guerrini del Meyer di Firenze; e la **Consensus VIS – Vitamine, Integratori, Supplementi**, proposta dal Professor Vito Leonardo Miniello e impostata sui principali quesiti che i Pediatri si pongono quotidianamente su questo tema. Oltre a queste iniziative, nel 2017 la SIPPS si propone di realizzare un **Position paper sulle diete vegetariane/vegane in età evolutiva**, progetto proposto dalla Dottoressa Margherita Caroli, Pediatra nutrizionista di fama internazionale. La stesura di tutti i documenti si baserà, come sempre, sul rigoroso lavoro di ricerca e analisi della Letteratura scientifica realizzato dai dottori Marcello Bergamini, Giovanni Simeone e Maria Carmen Verga, referenti esperti di *Evidence-Based Medicine* della SIPPS.

Ancora, nel 2017 verrà realizzata la nuova edizione della famosa Guida "**Da 0 a 6 anni – una guida per la famiglia**", già pubblicata nel 2006. A distanza di 10 anni dall'uscita, infatti, la SIPPS riceve ancora richieste di questa Guida in versione cartacea, a riprova dell'ottimo lavoro svolto. La nuova Guida avrà il patrocinio del **Ministero della Salute** unitamente con **FIMP, SIP** e **AGe** (Associazione Italiana Genitori).

Oltre ai progetti scientifici ed editoriali, per l'anno che sta per iniziare la SIPPS conferma il suo pieno impegno in iniziative che vedono il diretto coinvolgimento delle famiglie e della scuola. Tra questi la SIPPS parteciperà all'organizzazione di una serie di **eventi formativi** per genitori, educatori e ragazzi di età superiore ai 12 anni **per insegnare le manovre di disostruzione** e veicolare messaggi di educazione alimentare nell'ambito di **interventi di "prevenzione a tavola"**. Particolare attenzione e specifiche iniziative saranno inoltre dedicate all'**idratazione**, la cui importanza, soprattutto in età pediatrica, è spesso trascurata.

Il progetto "**Partnership Pediatri-Farmacisti**", su iniziativa di Pier Carlo Salari, si inserisce nell'ambito dell'integrazione tra i diversi operatori coinvolti nell'assistenza sul territorio. In ultimo, **spazio alla ricerca**, con quattro importanti progetti per il 2017: uno studio sulla **valutazione del parto cesareo come fattore di rischio per lo sviluppo di patologie non trasmissibili** (Professor Vito Leonardo Miniello), uno sulla **vaccinazione anti-morbillo come fattore di rischio per l'autismo** (Professoressa Elena Chiappini e Professor Gianni Bona) e due studi osservazionali del Professor Roberto Berni Canani, rispettivamente sul tema "**Incidenza delle Allergie Alimentari, presunte e reali, nell'ambulatorio del pediatra di famiglia: cosa è cambiato dopo 10 anni**" e "**L'impatto delle terapie antibiotiche sul rischio di infezione nel bambino**".

Un'agenda 2017 fitta di impegni per la SIPPS; che riconferma la sua volontà di essere a fianco dei pediatri e delle famiglie nel favorire un percorso di crescita sano per i nostri bambini.

Sicurezza a tavola: la prima guida sulle manovre salvavita

Arriva la prima guida sulla sicurezza a tavola, realizzata da Pier Carlo Salari, Francesco Pastore e Marco Squicciarini sotto l'egida della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale. "**La sicurezza a tavola. Genitori oggi: i trucchi del mestiere**" è una pratica guida **unica nel suo genere**, poiché **permette anche di imparare attraverso semplici e pratiche regole le manovre di disostruzione pediatrica**. La pubblicazione è stata promossa dal Comune di Firenze, che ha voluto presentarla al pubblico in occasione di un evento tenutosi nella splendida cornice del Salone dei Cinquecento a Palazzo Vecchio.

In **formato tascabile**, di **16 pagine**, il manuale è uno strumento da tenere sempre a portata di mano e da studiare attentamente per imparare come comportarsi in caso di necessità. È risaputo infatti che il passaggio all'alimentazione solida rappresenta un momento di grande apprensione per i genitori, che temono sempre che il bimbo, ancora incapace di masticare, possa soffocarsi con bocconi di cibo.

Nel corso dell'evento di presentazione sono intervenuti anche gli Autori: il Dottor Marco Squicciarini, nominato Esperto presso il Ministero della Salute per le tecniche di rianimazione cardio-polmonare pediatriche; il Dottor Francesco Pastore, Pediatra di famiglia che ha tenuto il corso di Primo Soccorso Pediatrico e il Dottor Glenn Van Houten, Direttore Generale dell'*American Heart Europa Africa*, che ha testimoniato di fatto l'**apprezzamento per la Guida da parte della più grande rete formativa del mondo**. A dare ancora maggiore lustro all'iniziativa un video girato da Leonardo Pieraccioni in cui, raccontando la propria esperienza, l'attore e regista fiorentino elogia l'importanza della conoscenza delle manovre di disostruzione e chiede che tutti i genitori le apprendano.

Emergenza vaccini: la SIPPS a fianco del Presidente Mattarella in favore delle vaccinazioni

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato l'allarme: nel mondo un neonato su cinque non riceve le vaccinazioni di base e un milione e mezzo di bambini muore ogni anno per malattie che potrebbero essere prevenute con i vaccini già esistenti. Accade anche **in Italia**, dove **le coperture vaccinali stanno seguendo una generale tendenza alla diminuzione in tutte le Regioni e Province Autonome**. Secondo i dati pubblicati dalla Direzione gene-

rale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, dall'anno 2000, dopo un andamento in crescita, il numero dei vaccini somministrati si è sostanzialmente ridotto. Particolarmente preoccupanti i dati di copertura vaccinale riguardanti morbillo e rosolia, che hanno perso ben 5 punti percentuali dal 2013 al 2015.
Contro questo trend si è espresso il **Presidente della Repubblica Sergio Mattarella**, intervenuto in occasione di un evento dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro affermando: "*occorre contrastare con decisione gravi involuzioni, come accade, ad esempio, quando vengono messe in discussione, sulla base di sconsiderate affermazioni, prive di fondamento, vaccinazioni essenziali per estirpare malattie pericolose e per evitare il ritorno di altre, debellate negli anni passati*". **La SIPPS ha accolto con favore il discorso del Presidente della Repubblica, inviando un "Grazie al Presidente della Repubblica per le sue parole in difesa delle vaccinazioni"**.
Le dichiarazioni del Presidente della Repubblica arrivano dopo la diffusione di due notizie che hanno avuto ampia eco sui media e che hanno scatenato l'interesse degli esperti e destato perplessità nella popolazione. La prima notizia riguarda una recentissima sentenza del Tribunale di Padova, che si è espresso su un caso che riguardava due genitori separati e in disaccordo sull'opportunità di sottoporre o meno la propria figlia minorenne alla profilassi contro il papilloma virus umano. La Sezione Civile del Tribunale ha stabilito che, in situazioni del genere, è prioritaria la tutela della salute dei minori e che quindi la bambina doveva essere vaccinata. L'altro caso che ha avuto grande rilevanza è la notizia che alcuni Ordini dei Medici provinciali, seguendo le chiare indicazioni del Documento sui vaccini approvato all'unanimità l'8 luglio 2016 dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), stanno esaminando la posizione di alcuni iscritti in merito alle vaccinazioni per valutare se vi siano gli estremi per sanzionare il loro comportamento, come previsto dal codice deontologico. La SIPPS sottolinea come nella sentenza di Padova abbia prevalso "la tutela della salute del minore", in linea con quanto stabilito dalla Convenzione ONU sui Diritti del Fanciullo del 1989, ratificata dall'Italia nel 1991 e ribadita nel 2015 dal Comitato Nazionale di Bioetica.
Il **Professor Luciano Pinto, vicepresidente SIPPS Campania**, ha dichiarato in proposito: "*Le vaccinazioni rientrano in quello che è definito "interesse superiore del fanciullo". Come Società Scientifica che ha come scopo statutario la prevenzione delle malattie nell'infanzia, la SIPPS si augura che questo principio venga rispettato in tutti i procedimenti giudiziari che abbiano come oggetto una disputa sulle vaccinazioni di un minore, anche nel caso in cui entrambi i genitori siano d'accordo sul non vaccinare il proprio figlio. In questo spirito la SIPPS non può che rallegrarsi ancora una volta per la discesa in campo dell'Ordine dei Medici in difesa del diritto di un minore a essere vaccinato*".
Secondo gli esperti l'Italia era un Paese virtuoso in tema di profilassi: in passato l'esavalente, nel ciclo di base per i neonati, aveva superato il 95% di vaccinati, soglia raccomandata dall'OMS per la cosiddetta immunità di popolazione.
Ora i dati dicono che tale percentuale è scesa al di sotto di quella soglia, ed è allarme. Anche il **Presidente SIPPS Giuseppe Di Mauro** è intervenuto sulla questione, dichiarando: "*tutto questo può causare l'accensione di nuovi focolai di malattie prevenibili con le vaccinazioni stesse, quali il morbillo, e può favorire il ritorno di altre scomparse nel nostro territorio. La principale causa è da ricercare nella crescente incertezza dei genitori, indotta da una sempre più attiva disinformazione, basata su dati infondati e su clamorosi falsi scientifici, che vede in prima linea alcuni medici che diffondono con ogni mezzo queste notizie: bisogna difendere le famiglie da questi veleni. Le vaccinazioni rientrano nella responsabilità genitoriale secondo il criterio dell'interesse superiore del fanciullo e del suo diritto a essere vaccinato: abbiamo il dovere di aiutare i genitori a rispettare il loro mandato*". Per questo è stato creato uno sportello informativo itinerante, con un Pediatra che per qualche ora a settimana si mette a disposizione di genitori e ragazzi presso scuole, palestre e altri luoghi di aggregazione per aiutare a chiarire dubbi e fornire informazioni corrette sul tema delle vaccinazioni.

Presentazione della relazione del Professor Saggese al XXVIII Congresso SIPPS

Terremoto: La SIPPS fornisce utili consigli per parlarne con i bambini

Sono passati molti giorni da quando la terra ha iniziato a tremare nel centro Italia e da quel momento la vita di numerose persone è cambiata radicalmente. La macchina dei soccorsi ha risposto prontamente, ma il terremoto rimane un'esperienza terribile per chi la vive: c'è chi è già in grado di capire cosa accade e chi invece è troppo piccolo per comprendere la sua stessa paura.

"Non possiamo esimerci dal fornire alle famiglie un aiuto concreto, non soltanto sanitario ma anche psicologico, a maggior ragione se, come nel caso del terremoto di Umbria e Marche, l'evento sembra non giungere mai a conclusione". Lo afferma il **Dottor Giuseppe Di Mauro, Presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale**, che è intervenuta a sostegno delle famiglie e dei più piccoli fornendo alcune indicazioni pratiche su come parlare di terremoto con i bambini, tenendo presente che ognuno di loro ha una sensibilità e un vissuto propri.

Ecco in sintesi alcuni consigli:

- **Valorizzare gli esempi di solidarietà**: il calore umano dà forza e aiuta a vincere il senso di solitudine e abbandono che tende a diffondersi spontaneamente dopo una catastrofe.
- **Trovare spunti in grado di creare aspettative stimolanti**: si ricostruirà una casa più bella e sicura, in cui il bambino potrà proiettarsi con la sua fantasia, la scuola sarà colorata e spaziosa, il paese risorgerà e sarà più bello di prima e così via.
- **Individuare sempre gli aspetti positivi di ogni situazione, evitando atteggiamenti apprensivi**: le case provvisorie, per esempio, pur senza offrire tutti i comfort, promuovono la socializzazione, creando vere comunità in cui tutto, dalle gioie ai timori, dalle ansie fino alle speranze, viene condiviso.
- **Utilizzare approcci differenti a seconda dell'età del bambino**: per spiegare il terremoto ai più piccoli possono bastare racconti di fantasia, mentre ai più grandi è fondamentale illustrare come comportarsi durante una scossa sismica. In ogni caso è bene rispondere a ogni domanda, cercando di comprenderne la ragione intima.
- **Aiutare sempre il bambino a esternare ciò che prova e a dare un nome alle proprie emozioni, facendolo sentire protetto**: il disegno, per esempio, è un ottimo strumento espressivo, che può assumere una valenza perfino terapeutica.
- **È sempre opportuno che sia il bambino a "gestire" i propri ricordi**: non è produttivo esprimere nostalgia per ciò che non esiste più, ma è bene vivere nel presente guardando al futuro e lasciando che sia il piccolo a manifestare, in maniera più o meno diretta, le sue paure e i suoi bisogni di rassicurazione.
- **I terremoti, al pari di nubifragi, uragani o siccità, sono eventi naturali** e in alcuni luoghi si verificano con maggiore frequenza o probabilità: è importante essere preparati ad affrontarli. I genitori sono un modello per i bambini e riprendere il più presto possibile le ordinarie attività quotidiane, nella misura del possibile, nonché impegnarsi concretamente nel dare aiuto a chi ha più bisogno, sono esempi eloquenti e istruttivi.
- **Intercettare e segnalare al Pediatra i possibili segnali di ansia e disagio,** in molti casi mascherati da sintomi senza apparente causa organica (per esempio mal di testa, mal di pancia, diarrea, dolori più o meno vaghi), che potranno richiedere un approccio specifico.

Una figura di particolare importanza in tal senso è lo **Psicologo dell'emergenza**. Piercarlo Salari, pediatra di Milano e responsabile del Gruppo di lavoro per il sostegno alla genitorialità SIPPS spiega: *"si tratta di uno specialista che studia i processi psicologici attivati in situazioni fuori dall'ordinario, che mettono alla prova le capacità di adattamento e il benessere delle persone. Questa figura si occupa dei soggetti direttamente coinvolti negli eventi critici, dei loro familiari e amici, dei testimoni dello stesso evento, dei soccorritori e della comunità stessa dove sono avvenuti gli accadimenti traumatici. Egli contribuisce anche a organizzare i soccorsi in modo da facilitare la programmazione e lavora in termini di prevenzione. Lo Psicologo dell'emergenza coniuga i contributi di vari ambiti disciplinari e costituisce una risorsa preziosa, complementare al Pediatra, in grado di offrire ai genitori un aiuto qualificato in tutti gli ambiti della sfera psico-comportamentale nelle situazioni in cui si rende necessario un approccio multidisciplinare per superare una catastrofe, purtroppo non prevenibile e non governabile, come il terremoto".*

L'enuresi, un problema che non va nascosto

Chiozza ML[1], Di Mauro D[2]
[1]Urologo Pediatra - Azienda Ospedaliera Università di Padova
[2]Clinica Pediatrica - Università di Parma

Parole chiave
enuresi, incontinenza, vasopressina, terapia
Key words
enuresis, incontinence, vasopressin, therapy

Riassunto
L'articolo si propone di fare acquisire nozioni aggiornate sulle nuove evidenze scientifiche riguardo alla fisiopatologia e gestione terapeutica dell'enuresi notturna. Sono riportati i dati epidemiologici di prevalenza in età pediatrica, adolescenziale, adulta e le connessioni evidenziate tra enuresi in età pediatrica e sviluppo di incontinenza nell'età adulta/senile. Questa forma di incontinenza urinaria notturna è discussa alla luce della nuova classificazione dell'*International Continence Childrens' Society* per le disfunzioni vescicali, che distingue due tipologie di enuresi: monosintomatica e non-monosintomatica. Vengono, inoltre, presentate le più recenti conoscenze in merito ai meccanismi genetici e fisiopatologici dell'escrezione notturna di acqua, della funzione vescicale, della difficoltà di risveglio che influenzano la risposta terapeutica. Particolare rilevanza hanno i risultati della ricerca sulla perdita del ritmo circadiano di secrezione notturna dell'Adenosinvasopressina (AVP) in questi pazienti, sul ruolo svolto dalle acquaporine (AQP) a livello sia del tubulo prossimale (AQP_1) che distale (AQP_2), sulle nuove conoscenze relative al ruolo dell'ansa ascendente di Henle nel riassorbimento del Na^+/K^+ urinario e sulle interferenze esercitate sull'AVP dal calcio urinario nella traduzione dei segnali di membrana a livello del tubulo collettore distale. Vengono, inoltre, presentati i più recenti risultati sullo studio della funzione vescicale particolarmente rilevanti per le forme di enuresi non-monosintomatica in cui l'enuresi è associata a sintomi disfunzionali vescicali. Si riportano, infine, i dati della Letteratura sulle conoscenze emerse sui meccanismi sottostanti la difficoltà di risveglio tipica e trasversale a tutti i bambini/e con enuresi e le relazioni evidenziate tra apnee notturne e poliuria. Vengono illustrate le opzioni terapeutiche oggi proposte, la loro modalità di azione sulle AQP_2, sulle modalità di sospensione graduale della terapia. La presentazione ha la finalità di fornire il razionale fisiopatologico utile a formulare la diagnosi differenziale delle diverse tipologie di enuresi su cui basare l'approccio terapeutico.

Abstract
The article aims to acquire updated knowledge about new scientific evidence regarding the pathophysiology and therapeutic management of nocturnal enuresis. Epidemiological prevalence data are reported in childhood, adolescence, adulthood and highlighted the relationship between enuresis in pediatric age and the development of incontinence in adult/elderly people. This type of nocturnal urinary incontinence is discussed in light of the International Continence Childrens' Society new classification for bladder dysfunction that distinguishes two types of enuresis: monosymptomatic and non-monosymptomatic enuresis. The latest findings about the genetic mechanisms and pathophysiological nocturnal excretion of water, bladder function, wake-up difficulties that influence the therapeutic response, are reported. Particular importance present the results of research on the circadian rhythm loss of Adenosine Vasopressin nocturnal secretion (AVP) in these patients, on the role played by aquaporin (AQP) at both the proximal (AQP_1) and distal (AQP_2) tubule, new knowledge of the role of ascending limb of Henle in the reabsorption of Na^+/K^+ urinary and interference exercised on AVP from the urinary calcium in the translation of membrane signals. In addition, the latest results on the study of bladder function particularly relevant in patients with non-monosymptomatic enuresis are reported. Finally, we discuss the data of the literature on knowledge emerged about the mechanisms underlying the difficulty of awakening and the relationships between nocturnal polyuria and apnea. Treatment options currently proposed their effects on AQP_2, therapy options are also discussed. The review aims to provide a new rationale on the pathophysiology of enuresis both useful to both classify the different types of enuresis and to manage the therapy.

L'enuresi è una forma di incontinenza urinaria notturna (ICCS 2006) di cui si parla e scrive in maniera più o meno argomentata fin dal 2.500 a.c. L'osservazione che i pazienti con enuresi notturna presentano un'aumentata produzione di urine durante la notte risale al lontano 1953.
Solo dal 1985, tuttavia, si è cominciato ad affrontare questo problema in maniera scientifica dimostrando, in un gruppo di pazienti adulti enuretici, che la poliuria notturna iposmotica dei pazienti dipendeva da un disturbo del ritmo circadiano di riassorbimento tubulare dell'acqua da carente increzione notturna di vasopressina (AVP). Anche la componente ereditaria di questo problema è sempre stata sottolineata. Recentemente sono stati identificati i cromosomi coinvolti (Cromosoma 8q, 13, 12q13, 22q11). Von Gontard ha, inoltre, evidenziato un rischio genetico per enuresi e incontinenza urinaria. Gli oltre 2.600 articoli pubblicati a oggi e le definizioni imposte dall'ICCS a tutta la Comunità scientifica dal 2006 hanno rappresentato un'importante svolta per la ricerca, permettendo di "ripulire" le casistiche dagli errori di classificazione e arrivando a categorizzare 2 tipi di enuresi dette rispettivamente **monosintomatica** e **non-monosintomatica**.
Questa nuova classificazione dell'enuresi ha permesso, inoltre, di interpretare meglio i risultati ottenuti con la terapia e di raffreddare l'enfasi posta nella distinzione tra **enuresi primaria** (controllo minzionale notturno mai raggiunto per almeno 6 mesi) ed **enuresi secondaria** (sintomo comparso dopo almeno 6 mesi asciutti) in quanto la fisiopatologia del problema è analoga. È stato infatti dimostrato che questa distinzione non indirizza dal punto di vista diagnostico né ha impatto sulla risposta terapeutica. In particolare, non è vero quanto spesso affermato, cioè che le enuresi secondarie siano di origine psicologica, in quanto queste ultime sono in realtà strettamente correlate a problemi disfunzionali vescicali. Poliuria notturna e difficoltà di risveglio sono problemi comuni sia ai pazienti con enuresi monosintomatica sia a quelli con enuresi non-monosintomatica. La presenza di una vescica piccola e iperattiva è invece caratteristica peculiare delle forme non-monosintomatiche.

Il peso epidemiologico del quadro

L'enuresi è il secondo problema per prevalenza in età pediatrica. Gli studi condotti nell'ultimo decennio riportano, infatti, una prevalenza del sintomo, con frequenza di almeno 1 volta al mese, nel 10-20% dei bambini all'età di 5 anni, del 5-10% all'età di 10 anni e del 3% nei ragazzi tra i 15-20 anni. Infine, a differenza di quanto normalmente ritenuto, l'enuresi non scompare con l'adolescenza, ma è ancora presente nello 0,5-1% dei pazienti adulti.
In età pediatrica la prevalenza è maggiore nei maschi rispetto alle femmine, sebbene questa differenza tenda a stemperarsi dopo i 10 anni.
I contributi scientifici più recenti impongono una revisione critica dei dati pubblicati prima del 2006, sicuramente sottostimati e disomogenei per l'età dei pazienti reclutati, per le modalità di raccolta dati, e perché nella valutazione vengono esclusi i pazienti che da enuretici sono virati in nicturici, per cui sono costretti ad alzarsi più di una volta per notte per mingere. In realtà, questi pazienti presentano gli stessi problemi dei pazienti enuretici per quanto attiene a poliuria notturna e capacità vescicale ridotta. Unica differenza con gli enuretici è il fatto che lo stimolo minzionale riesce a stimolare il risveglio evitando di bagnare il letto. Dato confermato dalla dimostrazione di una significativa presenza di nicturia nelle madri di pazienti enuretici.
Inoltre, i dati sino a oggi riportati sono falsati dal fatto che sotto il termine di enuresi sono state inglobate sia le forme attualmente classificate come monosintomatiche che quelle non-monosintomatiche, non tenendo conto del rigore classificativo richiesto dalla ICCS a partire dal 2006.
Il fatto, infine, che si osservasse clinicamente una soluzione spontanea del sintomo nel 14-16% dei casi/anno di questi pazienti ha indotto spesso ad assumere atteggiamenti attendisti di fronte al problema, sperando in una sua soluzione spontanea.
Tuttavia i dati di studi retrospettivi su coorti numericamente significative di pazienti con incontinenza urinaria o sindrome della poliuria notturna evidenziano una correlazione con la presenza di enuresi in età pediatrica in oltre l'80% dei pazienti con incontinenza, promuovendo l'enuresi a fattore di rischio di incontinenza in età adulta. Da sottolineare il dato che nei pazienti con ADHD la presenza di enuresi rappresenta una delle principali comorbilità.

L'impatto psicologico e fisico dell'enuresi sul bambino

Ancora oggi oltre il 65% dei pazienti non riceve un inquadramento diagnostico e un trattamento adeguato per via di un atteggiamento astensionista dei medici e dei genitori, che considerano il sintomo irrilevante e di sicura risoluzione nel tempo.
Il fatto che questo problema sia rilevato nello 0,5-1% della popolazione adulta significa che le famiglie e/o i Pediatri non hanno ritenuto rilevante segnalare o prendere in carico questo problema di salute. Una *survey* telefonica

su oltre 13.000 chiamate pervenute a un numero verde dedicato ai problemi urinari ha rilevato che ben il 61% di queste riguardavano pazienti con enuresi che non si erano mai rivolti al loro Pediatra e che non assumevano terapia farmacologica. Di questi pazienti, oltre il 16% avevano una età superiore ai 12 anni.
Hägloff ha dimostrato che questo atteggiamento ha rilevanti conseguenze perché l'enuresi diminuisce il grado di autostima dei pazienti in maniera ben più grave di altre malattie croniche invalidanti come diabete, eczema, alopecia, nonché la propria immagine corporea, limitando pesantemente la crescita identitaria e le autonomie, in quanto la presenza del sintomo preclude tutte quelle esperienze sociali tra pari, così importanti proprio dai 6-14 anni per permettere il raggiungimento di queste tappe evolutive.
Spesso, inoltre, se il sintomo compare dopo la nascita di un fratellino o in concomitanza di difficoltà relazionali nella coppia, i sensi di colpa per l'evento notturno si amplificano e il bambino/a si colpevolizza per non essere in grado di governare la propria vescica costringendo i genitori a un *surplus* di attività domestiche.
Ne deriva che i problemi psicologici riscontrati sono spesso conseguenza dell'impatto del problema sulla vita del paziente, e non causa dell'enuresi come per troppo tempo si è ritenuto. Non va infine dimenticato che i disturbi legati all'iperattività vescicale notturna e al sonno frammentato che ne deriva, nel vano tentativo di svegliarsi, comportano nei bambini/e che soffrono di enuresi un minor rendimento scolastico legato alla difficoltà d'attenzione conseguente alla frammentazione del sonno. L'intervento terapeutico, invece, favorisce un rapido e duraturo miglioramento della loro immagine corporea e del loro grado di autostima che, una volta risolto il problema, rientra nell'ambito della norma.
La tempestiva diagnosi e terapia dell'enuresi non sono più attività dilazionabili proprio perché questa forma di incontinenza notturna rappresenta un documentato fattore di rischio di sviluppo di incontinenza urinaria da adulti, con gravi ricadute sulla qualità di vita dei pazienti affetti e un aggravio economico di spesa per il SSN.
Il fatto che la terapia correttamente eseguita in questi pazienti garantisca il ripristino in maniera definitiva delle acquaporine (AQP) 2 rappresenta un sicuro investimento in questi pazienti, con un impegno economico nettamente inferiore rispetto al costo di una incontinenza che riaffiori in età adulta protraendosi per tempistiche ben più lunghe di quelle richieste per il trattamento di una enuresi.

Il ruolo del Pediatra

Nonostante l'alta prevalenza dell'enuresi, l'attuale formazione della classe medica e pediatrica nella valutazione e gestione del problema risulta limitata. Lo spazio dedicato alla formazione sul tema dai corsi di laurea e specialistici è assolutamente ancillare e spesso i testi utilizzati si basano su evidenze ampiamente sorpassate. Questo genera un *gap* di competenza che si traduce in una scarsa attenzione alla ricerca proattiva del problema, spesso sottaciuto per ignoranza o timore dai genitori, che nutrono aspettative miracolistiche sulla sua risoluzione spontanea.
Questa duplice omertà clinica e genitoriale fa sì che il problema non sia assolutamente indagato sistematicamente nelle valutazioni effettuate durante i cosiddetti "bilanci di salute" che, attualmente, non prevedono *item* specifici sul raggiungimento della continenza notturna dopo i 5 anni. Oggi, tuttavia, la Letteratura è allineata sul fatto che le conoscenze sugli aspetti funzionali e disfunzionali del tratto urinario inferiore in ambito pediatrico sono ormai consolidate e rientrano, a pieno titolo, nella competenza richiesta ai Pediatri proprio in ottica preventiva, considerato il dato sempre più consistente in base al quale pazienti adulti o anziani con problemi di incontinenza urinaria riferiscono come dato anamnestico la presenza di problemi disfunzionali vescicali in età pediatrica. Sempre di più, pertanto, spetta al Pediatra scandagliare la parte sommersa dell'iceberg di questa forma di incontinenza notturna, non solo indagando proattivamente nell'indagine anamnestica la persistenza del problema oltre i 5 anni di tutti i bambini a lui affidati, ma anche coinvolgendo direttamente il/la bambino/a nella quantificazione del problema. Aspetto questo particolarmente rilevante, perché in grado di alleggerire il senso di colpa che affligge spesso questi pazienti che si sentono assolutamente inadeguati a rispondere alle aspettative della famiglia. Il fatto, inoltre, di togliere ogni volontarietà all'evento spiegandone la fisiopatologia in maniera comprensibile ai bambini o ai ragazzi/e che soffrono di enuresi ottiene anche il positivo risultato di fare "corticalizzare" una funzione come quella vescicale a cui, spesso, non si dedica l'attenzione dovuta né se ne conosce la fisiologia.
Il coinvolgimento diretto nella quantificazione oggettiva del problema attraverso la compilazione del calendario "notti asciutte e bagnate" e del "diario minzionale", rappresentano tappe fondamentali nell'inquadramento del problema, con un coinvolgimento diretto e attivo dei pazienti che, finalmente, vedono correttamente preso in carico il loro problema.

Cosa deve fare il Pediatra

Una volta in possesso di tutte le informazioni utili a inquadrare la periodicità dell'enuresi, la capacità e funzione vescicale, il vissuto del problema, considerato che il sonno profondo è un problema comune a tutti questi pazienti, il primo obiettivo diagnostico del Pediatra sarà quello di individuare se si tratta di una enuresi monosintomatica oppure non-monosintomatica.

Per giungere a questo inquadramento diagnostico la sua attività del sarà dedicata alla raccolta della:

ANAMNESI: il Pediatra dovrà sempre indagare la familiarità per enuresi, la presenza di disturbi minzionali e/o nicturia. Prematurità e patologie perinatali possono, infatti, dilazionare l'acquisizione del controllo notturno. Particolare attenzione va posta nell'indagare l'età della prima richiesta del controllo minzionale diurno e le modalità attuate per il "*toilet training*". Vanno, inoltre, indagate le tappe dello sviluppo neuropsichico, del controllo motorio e della deambulazione ed esclusa la presenza di stipsi così come la presenza di encopresi. Altre comorbilità da indagare sono i disordini del sonno (apnee notturne e parasonnie), l'iperattività motoria o disturbi dello spettro autistico, le difficoltà di apprendimento, le pregresse infezioni urinarie delle alte e basse vie e le batteriurie asintomatiche.

ANAMNESI MINZIONALE DIURNA: va sempre raccolta dal Pediatra rapportandosi direttamente con il/la bambino/a, perché i genitori spesso sottovalutano o non sono a conoscenza delle reali abitudini minzionali del figlio/a. Si deve indagare se il paziente riferisce un'aumentata (≥8 die) o diminuita (≤3 die) frequenza minzionale, se corre in bagno per mingere all'ultimo momento avvertendo uno stimolo irrefrenabile (urgenza minzionale), se presenta incontinenza urinaria nelle sue variabili manifestazioni: mutandine bagnate, perdita incontrollata di una minzione completa. Va inoltre indagato se vengono messe in atto manovre per evitare la perdita di urina come l'accovacciamento, saltelli, gesto dell'inchino. Va richiesta la descrizione della tipologia del mitto - esitante, debole, intermittente - l'uso eventuale della muscolatura addominale per sostenere la minzione e l'eventuale gocciolio post-minzionale. La presenza di uno o più di questi segni o sintomi è, infatti, suggestiva di una sottostante patologia disfunzionale vescicale.

Se uno o più dei sintomi sopra descritti sono presenti, l'enuresi viene classificata come non-monosintomatica.

ANAMNESI MINZIONALE NOTTURNA: il fenomeno deve essere dettagliatamente misurato. Fondamentale e propedeutico a ogni terapia è il definire il numero di notti bagnate/settimana o numero di notti bagnate/mese. Un altro dato da richiedere è se l'episodio notturno è singolo o avviene più volte per notte. Anche l'orario in cui avviene va definito specificando se è prima o dopo mezzanotte, verso mattino in quanto si trovano le urine ancora calde o se avviene più volte nella notte a orari imprevedibili.

Prima di formulare una diagnosi il Pediatra dovrà coinvolgere sia il paziente che la sua famiglia nella raccolta dei dati indispensabili a porre la diagnosi differenziale tra enuresi monosintomatica ed enuresi non-monosintomatica attraverso l'uso di:

CALENDARIO NOTTI ASCIUTTE/BAGNATE: serve a definire la periodicità del fenomeno enuretico.

DIARIO MINZIONALE: è uno strumento non invasivo in grado di "fotografare" la capacità contenitiva della vescica e il suo modo di funzionare.

CARTA FREQUENZA VOLUME: da utilizzare durante il trattamento o nel follow-up.

ESAME URINE: da richiedere nel caso si voglia eliminare il sospetto che l'enuresi sia dovuta a concomitanti infezioni urinarie delle basse vie.

QUESTIONARIO SU QUALITÀ DELLA VITA: fondamentale per valutare l'impatto della patologia, da somministrare sia ai bambini che ai genitori.

Come nasce il quadro

Meccanismi renali

La definizione di poliuria notturna, definita dall'ICCS come una diuresi che eccede più del 130% del volume vescicale atteso per l'età, è oggi indiscutibilmente correlata alla carente increzione notturna di AVP con conseguente perdita della capacità di concentrare le urine. Questo ormone, strutturalmente costituito da tre esoni (nonapeptide, neurofisina e copeptina), è sintetizzato nei neuroni del nucleo sopraottico e paraventricolare, è trasportato lungo gli assoni del tratto neuroipofisario all'interno di granuli, legato alla neurofisina e immagazzinato nella post-ipofisi. La sua secrezione segue un ritmo circadiano che matura nel tempo nei bambini e raggiunge un picco massimo durante le ore notturne con conseguente contrazione della diuresi notturna di almeno il 50% dei livelli diurni e un aumento dell'osmolarità.

Studi successivi hanno dimostrato che il meccanismo della poliuria notturna è un fenomeno più complesso per cui, a livello delle cellule del dotto collettore, l'AVP agisce attivando il sistema delle AQP. Queste proteine ubiquitarie permettono un rapido flusso osmotico di acqua in tessuti epiteliali impiegati nel riassorbimento o nella secrezione dei fluidi, riequilibrando l'osmolarità del mezzo interno in risposta ai cambiamenti di osmolarità del liquido extracellulare. Tra le numerose AQP segnalate, la AQP_2 e la AQP_3 hanno una selettiva espressione a livello del rene. In particolare, l'AQP_2 è il canale per l'acqua regolato dall'AVP ed è presente nella membrana apicale delle cellule principali dei dotti collettori. L'azione dell'AVP si espleta sul dotto collettore dopo che l'ormone si è legato al recettore V2 a livello della membrana basolaterale delle cellule principali. A seguito di questo legame, si assiste a un aumento del livello intracellulare di cAMP seguito dalla stimolazione della proteinchinasi A e successiva fusione delle vescicole contenenti le AQP_2 con la membrana apicale. Alcune proteine G trimeriche faciliterebbero l'esocitosi agendo proprio su quest'ultimo passaggio: perché questo complesso fenomeno avvenga, è necessaria un'interazione tra gli specifici recettori presenti nelle vescicole e quelli sulla membrana.

In particolare, è stato dimostrato che esistono 2 modalità di stimolazione dell'AVP: a breve e a lungo termine. Nel primo caso la stimolazione aumenta il numero dei canali per l'acqua e regola la conduttività di ogni singolo canale. Nel secondo caso la stimolazione farebbe seguito a un prolungato incremento di AVP plasmatico con successiva induzione dell'aumento di AQP_2. Va sottolineato come studi condotti in bambini sani ed enuretici abbiano dimostrato una stretta correlazione tra la concentrazione di AQP_2 urinarie e la severità dell'enuresi. Inoltre, il loro significativo incremento correla significativamente con la risposta alla terapia con desmopressina fino a completa e persistente normalizzazione, anche una volta sospesa la terapia. Questi risultati dimostrano che l'efficacia terapeutica dell'approccio farmacologico con desmopressina per il trattamento della poliuria notturna non è momentanea, ma permette un vero e proprio "*reset*" del traffico dell'acqua a livello delle cellule epiteliali dei dotti collettori, che persiste anche una volta sospesa la terapia.

Gli studi di Kuznetsova hanno, inoltre, dimostrato come l'AVP stimoli il riassorbimento di sodio e magnesio nell'ansa ascendente di Henle, inibito dalle prostaglandine. Una loro difettosa sintesi locale provocherebbe variazioni nella risposta delle cellule tubulari all'AVP. A sostegno di questa ipotesi, nei pazienti enuretici, sono state dimostrate variazioni statisticamente significative tra escrezione urinaria di PGE_2 e aumento della frazione di escrezione urinaria del sodio urinario.

Sottolineato dai ricercatori anche il ruolo svolto dal calcio in questo complesso meccanismo. È stato dimostrato che l'ipercalciuria correla con l'escrezione osmolare nei pazienti enuretici e che un'ipercalciuria assorbitiva, durante le ore notturne, ostacola l'azione di farmaci come la desmopressina, che agiscono sullo stesso recettore. Recentemente Vande Walle ha dimostrato un'assenza del ritmo circadiano della diuresi, escrezione del sodio ed escrezione glomerulare nei pazienti con enuresi monosintomatica e poliuria notturna e ha proposto una lettura della poliuria notturna più articolata.

Al ruolo indiscusso della carente increzione di AVP ha af-

fiancato l'ipotesi della compromissione, in questi pazienti, del sistema intrinseco di orologio circadiano renale e/o del sonno.
L'alterazione di questi orologi potrebbe essere causa dell'incremento notturno della pressione attraverso cambiamenti nel sistema nervoso autonomo con "conseguente" soppressione della vasopressina e degli ormoni regolanti il sodio, così come di un aumento del GFR. Il tutto risultante in un aumento dell'escrezione renale di soluti e acqua.

Il ruolo della vescica

Per quanto attiene il gruppo di enuresi non-monosintomatica, studi recenti riportano l'attenzione sulla modalità di acquisizione della capacità di raccogliere le urine e svuotarsi a intervalli regolari che avviene progressivamente attraverso la maturazione dei lobi frontali e parietali. È stato dimostrato che in presenza di iperattività detrusoriale questa maturazione non è raggiunta. Ne consegue che questo tipo di vescica risulta, pertanto, funzionalmente "piccola" e inadeguata a contenere l'urina prodotta durante la notte.
Dato confermato dagli studi di Watanabe, che hanno evidenziato che la massima capacità vescicale dei pazienti con enuresi non-monosintomatica è significativamente inferiore rispetto ai controlli. Alcuni pazienti, in particolare, manifestano una iperattività "solo" durante la notte e sono completamente silenti durante il giorno. Inoltre può accadere che le vesciche di pazienti con enuresi monosintomatica sono volumetricamente inadeguate a contenere l'urina prodotta durante la notte, per cui tendono a svuotarsi a volumi di riempimento molto piccoli. Spesso questo aspetto è sottovalutato dai genitori, che non conoscono le abitudini minzionali dei loro figli, interpretano l'urgenza come un atto di pigrizia o di scarsa volontà di collaborazione, così come il richiedere di andare spesso in bagno o bagnare anche con poche gocce le mutandine. Recentemente è stata anche ampiamente dimostrata l'influenza peggiorativa sulla iperattività svolta dalla stipsi che in questi pazienti va sempre indagata, perché un intestino non adeguatamente svuotato comprime la vescica. Inoltre, le frequenti e forzose contrazioni del piano perineale, messe in atto per contrastare la perdita di urina durante le contrazioni instabili, possono causare un ipertono del piano perineale. Si viene così a creare un circolo vizioso che favorisce ulteriormente la stipsi tanto da configurarsi un quadro di "*Dysfunctional Elimination Symptoms*" (DES).
Come noto, da sempre le correlazioni tra stress ed enuresi sono state oggetto di dibattito. Oggi, finalmente, i ricercatori hanno identificato nel *Corticotropin Realising Factor* (CRF), il mediatore biologico scatenato dall'ansia, coinvolto nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). La relazione tra enuresi e vita sessuale nell'età adulta è stata confermata da importanti risultati relativi alla presenza di vestibuliti primarie in donne che avevano sofferto da bambine di enuresi non-monosintomatica così come la correlazione dimostrata tra eiaculazione precoce ed enuresi viene ricondotta a un deficit nei segnali a livello centrale presente in questi pazienti. Inoltre, tutti i fattori in grado di alterare la costituzione della parete vescicale, come le infezioni o la carenza di glicosaminoglicani, possono favorire la presenza di contrazioni non inibite.

Il peso dei disturbi del risveglio

Un aspetto trasversale a tutti i pazienti con enuresi, e spesso enfatizzato dai genitori, riguarda i disturbi del risveglio. L'enuresi, infatti, avviene in bambini/e o ragazzi/e che non sono in grado di svegliarsi in risposta a una sensazione di vescica piena. Tale incapacità porta a una perdita incontrollata di urina. Il fatto che i loro figli siano "dormitori profondi" è sottolineato da tutti i genitori come la "difficoltà a svegliarsi". Dai dati pubblicati risulta che questi pazienti hanno maggiori difficoltà a risvegliarsi quando sottoposti a uno stimolo sonoro in quanto presentano un'alterata elaborazione dei segnali sensitivi e un incremento di attività delle onde delta. Infatti, sia una sovradistensione vescicale che la presenza di contrazioni instabili sono stimoli in grado di svegliare una persona con sonno normale. Un'altra recente sottolineatura della Letteratura riguarda i pazienti con enuresi e apnee notturne in cui la poliuria notturna sarebbe legata alla stimolazione dei chemorecettori dell'arteria carotidea con conseguente natriuresi e un incremento della diuresi.

L'attività del locus coeruleus

Nella grande eterogeneità dei fattori eziopatogenetici coinvolti esiste tuttavia un elemento unificante in grado di legare tra loro i diversi aspetti trattati: è il "locus coeruleus", un'area anatomica cerebrale coinvolta nei meccanismi di risveglio e dell'attenzione scatenati da stimoli esterni e interni, come la distensione vescicale o l'iperattività detrusoriale. Uno scarso controllo del riflesso minzionale, come avviene nei pazienti enuretici non-monosintomatici, potrebbe essere correlato all'attività di questa area del cervello. È stato inoltre dimostrato un legame tra locus coeruleus e omeostasi dell'acqua attraverso alcune connessioni dirette e indirette tra neuroni

del locus coeruleus e cellule ipotalamiche deputate alla produzione della vasopressina, così come esiste una reciproca innervazione vasopressinergica del locus coeruleus e dell'ipotalamo. Secondo questa recente ipotesi, un disturbo del locus coeruleus può risultare in un'enuresi da poliuria notturna, iperattività detrusoriale, diminuita capacità di risveglio o a combinazione di questi elementi.

Come trattare l'enuresi

L'ICCS raccomanda di prendere in considerazione l'enuresi dopo i 5 anni di età, essendo questo il periodo in cui viene raggiunto il completo controllo minzionale. L'ingresso alla scuola elementare rappresenta una importante tappa sociale per cui si ritiene che il trattamento possa essere preso in considerazione a partire da questa fascia di età. In particolare, vanno sempre identificati alcuni fattori che possono interferire con i risultati terapeutici: la scarsa motivazione presente nel bambino e nella famiglia, la difficoltà del bambino/a a risvegliarsi, la presenza di stipsi, la ridotta capacità vescicale, l'inversione nella produzione dei volumi di urina tra notte e giorno, la tolleranza dell'ambiente familiare nei riguardi del problema.
Prima di iniziare la terapia va sempre ristabilita la corretta introduzione di liquidi durante il giorno perché spesso risulta carente e sbilanciata verso il pomeriggio-sera. Inoltre, va sempre consigliata una introduzione di liquidi e una dieta serale a scarso contenuto di calcio e sodio per limitare la poliuria ed eliminare le interferenze farmacologiche fra calcio e desmopressina.
Nel caso di enuresi monosintomatica (1 episodio notturno, capacità vescicale normale) la terapia elettiva è la desmopressina (1-deamino-8-D-arginina-vasopressina). Questa molecola, sintetizzata nel 1966, presenta caratteristiche tali da determinare un incremento nell'attività antidiuretica del farmaco e della sua durata di azione (10-12 ore) dovuta a una elettiva azione sui recettori V2 delle cellule dei dotti collettori. Questo potenziamento è ottenuto attraverso la deaminazione della cisteina. La sostituzione della L-arginina in posizione 8 con la D-arginina è responsabile, invece, della riduzione degli effetti pressori legati all'azione della vasopressina sui recettori V1 delle fibre muscolari lisce. L'efficacia e la sicurezza della desmopressina nel trattamento dell'enuresi monosintomatica è stata ampiamente documentata tanto da posizionarla nel *ranking* delle raccomandazioni tra quelle di grado A, livello 1. La recente formulazione sublinguale (*melt*) ne ha ulteriormente ridotti i dosaggi ed eliminato gli effetti collaterali da scorretta assunzione di liquidi alla sera. È disponibile in vari dosaggi: 60, 120, 240 microgrammi. Va sempre ricordata ai genitori la limitazione nell'introduzione di liquidi 2 ore prima dell'assunzione farmacologica, così come la segnalazione della terapia in caso di ricovero per patologia acuta.
La desmopressina orale presenta un massimo di concentrazione entro l'ora e una biodisponibilità dell'1%. Il suo effetto antidiuretico inizia dopo 30 minuti dalla somministrazione e raggiunge il picco di efficacia in un minimo di 2-3 ore fino a un massimo di 10 ore.
Il farmaco va somministrato un'ora prima di coricarsi e almeno due ore dopo la cena, ricordando sempre di svuotare accuratamente la vescica. L'introito di liquidi deve essere rigorosamente sospeso 2 ore prima della somministrazione.
La somministrazione va protratta sino al raggiungimento di almeno due mesi continuativi asciutti e la sua diminuzione va fatta scalando la dose gradualmente.
Se correttamente assunto, la tolleranza del farmaco è ottima e gli unici rari effetti collaterali segnalati sono una modesta cefalea (2%), e dolore addominale (1%). La prescrizione del farmaco è controindicata in pazienti con polidipsia, ipertensione o malattie cardiache. Il farmaco va somministrato alla sera.
Nei pazienti di 6-7 anni si consiglia l'assunzione di 1 compressa di desmopressina sublinguale da 120 microgrammi. Per le fasce di età superiore la dose è di 2 compresse da 120 microgrammi.
In base alla superficie corporea e alla risposta terapeutica sarà discrezionalità del Pediatra l'eventuale incremento di dosaggio.
Prima di valutare se un paziente è *responder* o meno alla terapia devono trascorrere almeno 2 mesi dal suo inizio.
Esistono, infatti, un gruppo di pazienti detti "*late responder*" che dimostrano tardivamente la loro responsività al farmaco.

Si dice che il paziente è *responder* se ha dimezzato il numero delle notti bagnate rilevate con il calendario notti asciutte/bagnate compilato prima dell'inizio della terapia. È opportuno, pertanto, rivalutare sempre il paziente dopo 2 mesi dall'inizio della terapia e decidere se incrementare la dose. La terapia va protratta fino a ottenere 8 settimane asciutte continuative e scalata di 60 microgrammi gradualmente ogni 4 settimane asciutte continuative.
Se durante il periodo di *décalage* il paziente bagna >1 notte/mese, la cura dovrà essere ripresa al dosaggio immediatamente precedente e protratto fino a raggiungere le 4 settimane asciutte continuative prima di riproporre una nuova riduzione.
Nei casi di enuresi non-monosintomatica con capacità vescicale inferiore alla norma, >1 episodio enuretico per notte, disturbi minzionali diurni, i pazienti dovranno inizialmente integrare l'assunzione di desmopressina ai dosaggi e nelle modalità sopra riportate con un rigoroso programma di uroterapia associato al *retraining* della muscolatura addominale e del piano pelvico, con l'obiettivo di ristabilire un corretto funzionamento delle attività di contrazione e rilassamento dello sfintere uretrale esterno.
L'efficacia di questo approccio riabilitativo del piano pelvico è sostenuta da evidenze che attestano il miglioramento duraturo dei parametri funzionali vescicali rilevati urodinamicamente.
Lo stesso programma va proposto anche a quei pazienti che presentano più di un episodio notturno di enuresi in assenza di sintomi disfunzionali vescicali durante il giorno.
Nel caso dopo due mesi di terapia il paziente non avesse dimezzato il numero di notti bagnate, è indicato inviare il paziente a un Centro di secondo livello, dove verrà valutata la presenza di disfunzioni vescicali associate e intrapresa opportuna terapia farmacologica.

Il trattamento con condizionamento acustico

Il condizionamento notturno acustico (allarme) è stato per molto tempo considerato l'unica modalità di approccio al trattamento dell'enuresi in quanto non ne erano note le cause fisiopatologiche né tantomeno le conseguenze in età adulta, per cui l'attenzione era solo focalizzata a risolvere il problema "letto bagnato". In questi ultimi dieci anni, la Letteratura ha confinato l'indicazione all'uso dell'allarme a quei pazienti *non responder* o parzialmente *responder* alla terapia con la desmopressina. Fondamentale per il suo corretto utilizzo è che bambini e famiglie siano collaboranti e abbiano la possibilità di dormire nelle vicinanze del bambino/a, così da aiutarlo nella risposta al suono.
Questo sistema non è ovviamente consigliato ai pazienti con rari episodi settimanali di enuresi perché verrebbe meno l'efficacia terapeutica di rinforzo legata alla ripetitività dei risvegli o per quelli con più di un episodio di enuresi per notte per l'impatto negativo della eccessiva frammentazione del sonno sia sulla secrezione degli ormoni della crescita che sulle performance scolastiche diurne.
Per definire la risposta terapeutica oggi esistono parametri chiari: si classifica come "guarigione completa" la condizione per cui alla fine del trattamento si assiste a una riduzione completa degli episodi enuretici (<1 episodio/mese).
Se la riduzione degli episodi notturni riguarda il 90% o più di quelli registrati prima del trattamento si parla di "guarigione". Dal 50 all'89% di riduzione del numero di notti bagnate viene considerata "guarigione parziale".
I pazienti che a fine terapia continuano a bagnare >50% delle notti, si considerano "*non-responder*". In alcuni casi l'enuresi può trasformarsi in nicturia e questo viraggio andrebbe segnalato.
Se la guarigione o il miglioramento permangono dopo un follow-up di almeno 6 mesi dalla sospensione della terapia, il paziente viene classificato come "duraturo".
Se dopo 2 anni dalla sospensione non si è assistito ad alcuna ricaduta il successo è definito "completo".

Linee generali di trattamento nell'adulto

In questi pazienti l'approccio è solo farmacologico e va protratto più a lungo. Nei pazienti adulti, infatti, esiste una totale preclusione all'uso dell'allarme perché questa proposta è vissuta come punitiva e stressante. Le indicazioni presenti in Letteratura non sono ancora univoche. Gli schemi terapeutici sono analoghi a quelli presentati per l'età pediatrica: unica variante la possibilità di incrementare il dosaggio fino a 360 microgrammi. Dall'esperienza spesso risulta utile supportare terapeuticamente questi pazienti per 1-2 anni a seconda dei casi. Nelle donne adulte enuretiche vanno segnalati due momenti critici che sono il periodo ovulatorio e quello premestruale.
Spesso, una volta risolto il problema, le pazienti vanno sostenute terapeuticamente per alcuni anni con una somministrazione *ad hoc* in questi due periodi del ciclo.

Bibliografia essenziale

- Alexopoulos EI, Malakasioti G, Varlami V, Miligkos M, Gourgoulianis K, Kaditis AG. Nocturnal enuresis is associated with moderate-to-severe obstructive sleep apnea in children with snoring. Pediatr Res. 2014 Dec;76(6):555-9.
- Bader G, Nevéus T, Kruse S, Sillén U. Sleep of primary enuretic children and controls. Sleep. 2002;25:573-7.
- Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and Determinants of Urinary Incontinence in Adolescent and Young Nulliparous Women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015 Dec;28(6):462-70.
- Baeyens D, Roeyers H, Vande Walle J, Hoebeke P. Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. Eur J Pediatr. 2005 Nov;164(11):665-72. Review.
- Borch L, Hagstroem S, Bower WF, Siggaard Rittig C, Rittig S. Bladder and bowel dysfunction and the resolution of urinary incontinence with successful management of bowel symptoms in children. Acta Paediatr. 2013;102:e215-20.
- Butler RJ, Golding J, Northstone K. Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs. BJU Int. 2005;96:404-10.
- Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, Del Gado R, Ferrara P, Giorgi PL, Montomoli C, Rottoli A, Vertucci P. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. Br J Urol. 1998 May;81 Suppl 3:86-9.
- De Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, Baeyens D, Hoebeke P, Vande Walle J. Problem behavior, parental stress and enuresis. J Urol. 2009;182:2015-20.
- De Guchtenaere A, Vande Walle C, Van Sintjan P, Raes A, Donckerwolcke R, Van Laecke E, Hoebeke P, Vande Walle J. Nocturnal polyuria is related to absent circadian rhythm of glomerular filtration rate. J Urol. 2007;178:2626-9.
- Dehoorne JL, Raes AM, van Laecke E, Hoebeke P, Vande Walle JG. Desmopressin resistant nocturnal polyuria secondary to increased nocturnal osmotic excretion. J Urol. 2006;176:749-53.
- Dhondt K, Baert E, Van Herzeele C, Raes A, Groen LA, Hoebeke P, Vande Walle J. Sleep fragmentation and increased periodic limb movements are more common in children with nocturnal enuresis. Acta Paediatr. 2014; 103:e268-72.
- Dhondt K, Raes A, Hoebeke P, Van Laecke E, Van Herzeele C, Vande Walle J. Abnormal sleep architecture and refractory nocturnal enuresis. J Urol. 2009;182:1961-5.
- Dibner C, Schibler U, Albrecht U. The mammalian circadian timing system: organization and coordination of central and peripheral clocks. Annu Rev Physiol. 2010;72:517-49.
- Dossche L, Raes A, Hoebeke P, De Bruyne P, Vande Walle J. Circadian rhythm of glomerular filtration and solute handling related to nocturnal enuresis. J Urol. 2016;195:162-7.
- Forsythe WI, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate. Arch Dis Child. 1974;49:259-63.
- Goessaert A, Vande Walle J, Bosch JLHR, Hoebeke P, Everaert K. Nocturnal polyuria-excess of nocturnal urine production, excess of definitions: influence on renal function profile. J Urol. 2016;195:670-6.
- Imeraj L, Sonuga-Barke E, Antrop I, Roeyers H, Wiersema R, Bal S, Deboutte D. Altered circadian profiles in attention-deficit/hyperactivity disorder: an integrative review and theoretical framework for future studies. Neurosci Biobehav Rev. 2012 Sep;36(8):1897-919.
- Kamperis K, Hansen MN, Hagstroem S, Hvistendahl G, Djurhuus JC, Rittig S. The circadian rhythm of urine production, and urinary vasopressin and prostaglandin E2 excretion in healthy children. J Urol. 2004;171:2571-5.
- Kamperis K, Rittig S, Jørgensen KA, Djurhuus JC. Nocturnal polyuria in monosymptomatic nocturnal enuresis refractory to desmopressin treatment. Am J Physiol Renal Physiol. 2006 Dec;291(6):F1232-40.
- Kamperis K, Rittig S, Radvanska E, Jørgensen KA, Djurhuus JC. The effect of desmopressin on renal water and solute handling in desmopressin resistant monosymptomatic nocturnal enuresis. J Urol. 2008;180:707-14.
- Koff SA. Estimating bladder capacity in children. Urology. 1983;21:248.
- Koo P, McCool FD, Hale L, Stone K, Eaton CB. Association of obstructive sleep apnea risk factors with nocturnal enuresis in postmenopausal women. Menopause. 2016 Feb;23 (2):175-82.
- Kuznetsova AA, Shakhmatova EI, Prutskova NP, Natochin YV. Possible role of prostaglandins in pathogenesis of nocturnal enuresis in children. Scand J Urol Nephrol. 2000;34:27-31.
- Montaldo P, Tafuro L, Narciso V, Apicella A, Iervolino LR, Del Gado R. Correlations between enuresis in children and nocturia in mothers. Scand J Urol Nephrol. 2010 Mar;44(2):101-5.
- Nappo S, Del Gado R, Chiozza ML, Biraghi M, Ferrara P, Caione P. Nocturnal enuresis in the adolescent: a neglected problem. BJU Int. 2002 Dec;90(9):912-7.
- Natochin YV, Kuznetsova AA. Defect of osmoregulatory renal function in nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1999;202:40-4.
- Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, Jørgensen TM, Rittig S, Walle JV, Yeung C-K, Djurhuus JC. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol. 2006;176:314-24.
- Nørgaard JP, Pedersen EBDJ. Diurnal anti-diuretic-hormone levels in enuretics. J Urol. 1985;134:1029-31.
- O'Halloran T, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR. Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis. Ann Intern Med. 2012 Jul 17;157(2):87-93.
- Okamura H, Doi M, Fustin J-M, Yamaguchi Y, Matsuo M. Mammalian circadian clock system: molecular mechanisms for pharmaceutical and medical sciences. Adv Drug Deliv Rev. 2010;62:876-84.
- Raes A, Dehoorne J, Hoebeke P, Van Laecke E, Donckerwolcke R, Vande Walle J. Abnormal circadian rhythm of diuresis or nocturnal polyuria in a subgroup of children with enuresis and hypercalciuria is related to increased sodium retention during daytime. J Urol. 2006;176:1147-51.
- Raes A, Dossche L, Hertegonne N, Nuytemans L, Hoebeke P, Van Laecke E, Donckerwolcke R, Walle JV. Hypercalciuria is related to osmolar excretion in children with nocturnal enuresis. J Urol. 2010;183:297-301.
- Rittig S, Knudsen UB, Norgaard JP, Pedersen EB, Djurhuus JC. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. Am J Physiol. 1989;256:F664-71.
- Rittig S, Matthiesen TB, Pedersen EB, Djurhuus JC. Sodium regulating hormones in enuresis. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1999;202:45-6.
- Rittig S, Matthiesen TB, Pedersen EB, Djurhuus JC. Circadian variation of angiotensin II and aldosterone in nocturnal enuresis: relationship to arterial blood pressure and urine output. J Urol. 2006;176:774-80.
- Rittig S, Schaumburg HL, Siggaard C, Schmidt F, Djurhuus JC. The circadian defect in plasma vasopressin and urine output is related to desmopressin response and enuresis status in children with nocturnal enuresis. J Urol. 2008;179:2389-95.
- Rittig S, Schaumburg H, Schmidt F, Hunsballe JM, Hansen AF, Kirk J, Vestergaard P, Djurhuus JC. Long-term home studies of water balance in patients with nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1997;183:25-6; discussion 26-7.
- Starfield B. Functional bladder capacity in enuretic and non enuretic children. J Pediatr. 1967;70:777-81.
- Valenti G, Laera A, Pace G, Aceto G, Lospalluti ML, Penza R, Selvaggi FP, Chiozza ML, Svelto M. Urinary aquaporin 2 and calciuria correlate with the severity of enuresis in children. J Am Soc Nephrol. 2000;11:1873-81.
- Valenti G, Laera A, Gouraud S, Pace G, Aceto G, Penza R, Selvaggi FP, Svelto M. Low-calcium diet in hypercalciuric enuretic children restores AQP2 excretion and improves clinical symptoms. Am J Physiol Ren Physiol. 2002;283:F895-F903.
- Van Hoecke E, De Fruyt F, De Clercq B, Hoebeke P, Vande Walle J. Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five-factor model perspective. J Pediatr Psychol. 2006 Jun;31(5):460-8.

- von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S, Freitag C. Association of attention deficit and elimination disorders at school entry: a population based study. J Urol. 2011 Nov;186(5):2027-32.
- von Gontard A, Pirrung M, Niemczyk J, Equit M. Incontinence in children with autism spectrum disorder. J Pediatr Urol. 2015 Oct;11(5):264.e1-7.
- Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr. 2012;171:971-83.
- Vande Walle JGJ, Bogaert GA, Mattsson S, Schurmans T, Hoebeke P, Deboe V, Norgaard JP (2006) A new fast-melting oral formulation of desmopressin: a pharmacodynamic study in children with primary nocturnal enuresis. BJU Int. 2006;97:603-9.
- Yakıncı C, Müngen B, Durmaz Y, Balbay D, Karabıber H. Autonomic nervous system functions in children with nocturnal enuresis. Brain Dev. 1997;19:485-7.
- Yeung CK, Diao M, Sreedhar B. Cortical arousal in children with severe enuresis. N Engl J Med. 2008;358:2414-5.
- Yeung CK, Sihoe JDY, Sit FKY, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. BJU Int. 2004;93:341-5.
- Yeung CK, Sit FKY, To LKC, Chiu HN, Sihoe JDY, Lee E, Wong C. Reduction in nocturnal functional bladder capacity is a common factor in the pathogenesis of refractory nocturnal enuresis. BJU Int. 2002;90:302-7.
- Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JDY, Sit FKY, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. BJU Int. 2006;97:1069-73.
- Yousefichaijan P, Sharafkhah M, Cyrus A, Rafeie M. Therapeutic Efficacy of Hydrochlorothiazide in Primary Monosymptomatic Nocturnal Enuresis in Boys With Idiopathic Hypercalciuria. Nephrourol Mon. 2015 Sep 16;7(5):e29127.

Per contattare l'autore **Maria Laura Chiozza**:
marialaura.chiozza@sanita.padova.it

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

Il danno funzionale in età pediatrica ed evolutiva: una nostra proposta operativa

Cembrani F[1], Castellani M[2], Ciraolo G[2]

[1] *Direttore U.O. di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento*

[2] *Dirigente medico U.O. di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento*

Parole chiave
tutela assistenziale, minori disabili, danno funzionale permanente, ICF-CY

Key words
welfare system, children with disability, impairment, ICF-CY

Riassunto
La valutazione della disabilità nelle persone non ancora in età lavorativa è una tra le questioni meno dibattute nella pur copiosa letteratura medico-giuridica. Ciò a causa di numerosi fattori tra i quali la genericità disarmante delle norme e la difficoltà di standardizzare le tante deviazioni osservate nella pratica clinica rispetto alla traiettoria teoricamente attesa dello sviluppo psicofisico della persona umana. Gli Autori riflettono su quest'area tematica e sviluppano una loro proposta operativa che pongono all'attenzione della comunità scientifica, formulandola sulla base delle indicazioni dell'*International Classification of Functioning, disability and health: children & youth version* (ICF-CY) approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Abstract
The Authors examine the too little debated question of impairment's evaluation in children, analyzing the vagueness and ambiguity of Italian legislation and trying to develop an operative, ICF-CY oriented proposal that point out to scientific community.

1. Introduzione

La valutazione dell'*impairment* (del '*danno funzionale permanente*')[§] nelle persone disabili in età pediatrica e in quelle che si trovano nella fase evolutiva della vita è una tra le pagine meno consunte di un grande dizionario enciclopedico: quello rappresentato dall'elaborazione dottrinale che ha cercato di dare una direzione non equivoca alla prassi valutativa, tenuto conto di un impianto normativo che, specie nell'ambito assistenziale, fatica a tenere il passo con la modernità dei tempi, con le nuove emergenze sociali e con la crisi finanziaria attraversata da tutti i Paesi dell'Eurozona.

Pochi (e datati) risultano essere, infatti, i contributi originali proposti riguardo a questa pagina tematica[#] che non ha certo attratto l'attenzione degli studiosi anche se i problemi e le criticità persistono immutate risultando, anzi, accentuate dal miglioramento dell'assistenza materna, dalla maggiore accuratezza della diagnosi genetica nel corso dello sviluppo gestazionale, dal progresso delle tecniche rianimatorie neonatali, dallo sviluppo della rete neuropsichiatrica infantile, dai risultati della riabilitazione, dal perfezionamento degli ausili e dalle innovazioni della tecnica aumentativa. Ciò ha portato al miglioramento degli indici di sopravvivenza di persone gravemente disabili che, fino a pochi decenni fa, non avevano certo una lunga aspettativa o speranza di vita e ha portato alla attenuazione dei deficit provocati dalla disabilità, indipendentemente dalle sue cause.

Ciononostante è come se, in questo campo, le proposte per dare una omogeneità alla tecnica valutativa siano state interessate - almeno nel nostro Paese - da una progressiva fase di rarefazione, per non dire perdita di interesse. Ciò per fattori diversi che possiamo indicare, in primo luogo, nella difficoltà di standardizzare le fasi iniziali di sviluppo della vita umana (segmentate, convenzionalmente, nell'età neonatale, in quella pediatrica e in quella adolescenziale) e, dunque, la molteplicità delle variazioni rispetto alla traiettoria standard dello sviluppo psicofisico teoricamente atteso. Ma anche per il graduale e progressivo espandersi, in questa delicatissima fase della vita, degli aspetti del funzionamento più difficili da indagare sul piano clinico, tenuto peraltro conto - diversamente da quanto accade nel caso delle persone anziane - della timidezza degli strumenti multiassiali specificamente costruiti per questo scopo, pur essendo oramai diventato un luogo comune riferirsi, stereotipicamente, alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICF e ICF-CY). Si dimentica però che questi sistemi di codifica internazionale si pongono il (dichiarato) obiettivo di descrivere il funzionamento della persona umana, mal prestandosi ad attribuire ad esso un peso, non definendo alcun livello-soglia (o un suo *grading*) raggiunto il quale poter attribuire alla compromissione funzionale un valore di gravità.

Questo è lo scenario generale in cui è stata sviluppata la nostra proposta operativa, pensata per orientare la prassi valutativa in un settore di tutela assistenziale poco esplorato dagli interpreti e di grande complessità, attualizzata, peraltro, da un corpo normativo che genera una straordinaria difficoltà interpretativa con ovvie pericolose conseguenze non solo della tenuta dei conti pubblici ma, soprattutto, dell'equità sociale, dei livelli di accesso ai servizi e dell'uguaglianza garantita sul piano costituzionale. Alcuni recenti provvedimenti dell'INPS (impropriamente indicati come 'Linee-Guida') hanno, infatti, proposto un opinabilissimo automatismo valutativo tra alcune disabilità (la fibrosi cistica e il diabete) e il grado di *impairment* che dovrebbe essere loro riconosciuto indipendentemente dal danno funzionale e dalle loro espressioni fenotipiche.

2. I (confusi) riferimenti di legge

Ragioni di spazio ci costringono a sintetizzare le (molte) norme approvate dal nostro Paese per dare una qualche tutela alla disabilità delle persone non ancora in fase lavorativa. Esse, in buona sostanza, prevedono:

(a) due distinti interventi economici (l'indennità mensile di frequenza e l'indennità di accompagnamento);
(b) il relativo *impairment* alternativamente indicato nelle *difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età* o in una perdita uditiva superiore a 60 dB nell'orecchio migliore (indennità mensile di frequenza) e nell'impossibilità di deambulare autonomamente senza l'aiuto di un accompagnatore e/o nell'incapacità di assolvere in maniera autonoma agli atti quotidiani della vita (indennità di accompagnamento);
(c) subordinandone, comunque, la concessione al possesso di alcuni requisiti soggettivi (cittadinanza, frequenza continua o anche periodica di Centri riabilitativi e frequenza di scuole di ogni ordine e grado, ivi compreso l'asilo nido dopo la sentenza della Consulta del 20-22 novembre 2002, n. 467).

Pur senza entrare nel merito delle questioni pratiche da esse poste risulta chiaro il difetto di esplicitazione sia riguardo alle '*funzioni proprie dell'età*' sia riguardo agli '*atti quotidiani della vita*' che, prestandosi alla libera interpretazione, finisce con il creare, nel nostro Paese, fenomeni di ampia disequità sociale recentemente ripresi dal Commissario nazionale per la *spending review* nella sua proposta (rimasta tale) di intervento correttivo. I ripetuti interventi ministeriali, invece di chiarire, hanno ulteriormente intorbidito le acque confondendo le *difficoltà persistenti* con l'*impairment* lavorativo (circolare del Ministero della salute 27 luglio 1998)[$] e il re-

cente intervento chiarificatore dell'INPS (avvenuto con una Comunicazione interna) non ha certo brillato di compiutezza sul piano dottrinale. Visto che queste proposte creano un perverso automatismo tra le menomazioni sensoriali dell'apparato uditivo e l'indennità mensile di frequenza e perché le *funzioni proprie dell'età* restano un contenitore vuoto, facilmente interpretabile e, soprattutto, davvero difficile da riempire di contenuti identificativi proprio in quelle fasi della vita che, proprio per la natura tipicamente evolutiva, sono di difficilissima standardizzazione.

3. Un multiasse *ICF-oriented* per la valutazione delle persone disabili minori

La nostra proposta, maturata sulla base dell'esperienza, del confronto interdisciplinare con i Colleghi neuropsichiatri infantili e dei contenuti di un atto deliberativo approvato nel 2013 dalla Giunta provinciale di Trento, è quella di indicare un criterio valutativo di tipo misto per le persone disabili che si trovano in questa fase della vita:

(a) di tipo sostanzialmente prognostico per i bambini fino al compimento del 6° anno di età (prima dell'inizio della scolarità);
(b) di tipo funzionale dopo il 6° anno di età, in prospettiva ICF-CY.

La sua formulazione è motivata da alcuni ordini di ragioni.
In primo luogo, perché l'età evolutiva (specie quella dei primissimi mesi o anni di vita) mal si presta a qualsiasi tentativo di fissazione ipostatica e di standardizzazione, ammesso e non concesso di trovare un multiasse in grado di corrispondere a quest'esigenza. In secondo luogo, perché, come già è stato ricordato, le indicazioni della letteratura specialistica sono del tutto sporadiche e, purtroppo, datate. Ma anche perché gli interventi di sostegno economico previsti per questa particolare popolazione disabile sono due e di entità diversa: l'indennità di frequenza e l'indennità di accompagnamento (super-invalidità). Non da ultimo, per le indicazioni, ancorché datate, che sono state al riguardo fornite dal Ministero della Sanità (Circolare della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale del Ministero della Sanità del 17 marzo 1986).

3.1 La valutazione della disabilità nei minori di anni sei

In questa Circolare, in risposta alle richieste di chiarimento inoltrate dalle Commissioni sanitarie preposte all'accertamento dell'invalidità civile, si evidenzia che l'assegno di accompagnamento (poi diventato, con la legge n. 289/1990, indennità di frequenza) '*è un beneficio destinato esclusivamente a soggetti in età evolutiva, con difficoltà persistenti ma in genere suscettibili di modifica con la crescita e/o di riduzione con la protesizzazione e con trattamenti riabilitativi adeguati e differenziati*': in tali casi, prosegue la circolare ministeriale, '*la prognosi per l'invalidità, a distanza, non è del tutto sfavorevole e il beneficio economico tende a favorire il ricorso ai mezzi di recupero funzionale e sociale e di mantenimento dei risultati raggiunti attraverso la frequenza della scuola, di corsi di formazione, di Centri ambulatoriali*'.
L'indennità di frequenza, stando all'impostazione ministeriale condivisa dai sia pur scarni interventi degli interpreti, è, dunque, una misura economica erogabile nei casi in cui la frequenza della scuola, dei corsi di addestramento e dei Centri ambulatoriali è tesa a sostenere il recupero funzionale e sociale della persona e a orientarla nel mondo del lavoro: dunque, nei casi in cui sia ragionevolmente ipotizzabile il superamento (o il contenimento e/o la riduzione) della disabilità (e dello svantaggio) conseguente alla malattia.
L'indennità di accompagnamento è, invece, una misura economica concedibile nei casi in cui sia pregiudizialmente accertata, in senso prognostico, la '*totale e permanente inabilità lavorativa*' oltre alla super-invalidità (l'incapacità deambulatoria e/o la necessità di assistenza continua per svolgere gli atti quotidiani della vita) e, dunque, riconosciuta legittima nell'ipotesi in cui gli interventi orientati all'apprendimento e alla socializzazione del minore sono ragionevolmente irrilevanti riguardo all'acquisizione di autonomie e di abilità necessarie al suo futuro inserimento (produttivo) nel mondo del lavoro. Come accade, ad esempio, nei bambini portatori di gravissime patologie genetiche che, ben oltre l'esistenza di comorbilità, vanno a incidere negativamente sullo sviluppo intellettivo nonostante sia ipoteticamente prevedibile la maturazione di qualche modesta autonomia funzionale.
Si propone dunque di utilizzare, nei primi sei anni di vita del bambino, un criterio di tipo prognostico, forti della ragionevolezza scientifica, anche per evitare che il mancato riconoscimento dell'indennità di accompagnamento pregiudichi, nel nostro contesto territoriale, il diritto del minore a entrare sotto l'ombrello protettivo offerto dalla legge provinciale a tutela della non autosufficienza.

3.2 La valutazione della disabilità nelle persone di età compresa tra i sei e i diciotto anni di età

Diversa, invece, è la situazione per i bambini in età scolare per i quali si propone un multiasse *ICF-CY oriented* come ulteriore sviluppo di quanto indicato dalla Giunta provinciale di Trento nell'all. 3 della deliberazione n. 1233 del 2013.
Quest'atto deliberativo ha, in breve sintesi, indicato quali sono i sei domini (attività) da esplorare (mobilità, comunicazione, cura della persona, controllo sfinteriale, vita sociale e relazionale, e istruzione) ma non le relative funzioni, che occorre così esplicitare desumendole, almeno in parte,[£] da quelle indicate dall'ICF-CY.

Mobilità

Questo dominio funzionale esplora funzioni definite: non solo il muoversi in autonomia o con l'uso di ausili, ma anche cambiare la posizione del corpo e muovere o manipolare oggetti.

Camminare (muoversi autonomamente lungo una superficie a piedi, sia in casa che fuori casa, passo dopo passo in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo)
Cambiare la posizione corporea di base (assumere o abbandonare una posizione corporea come girarsi su un lato, sedersi, alzarsi, accovacciarsi)
Spostarsi anche usando apparecchiature/ausili (muoversi con ausili o apparecchiature lungo una superficie a piedi, sia in casa che fuori casa, passo dopo passo in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo)
Sollevare e trasportare oggetti (sollevare un oggetto o trasportare un oggetto da un posto all'altro come prendere in mano un bicchiere o una tazza o un peso non superiore a 10 kg)
Uso fine e articolato della mano (compiere le azioni coordinate nel maneggiare oggetti, raccoglierli o manipolarli in maniera finalistica)
Usare un mezzo di trasporto pubblico (capacità di usare un mezzo di trasporto pubblico per spostarsi da un luogo ad un altro)

Comunicazione

Questo dominio funzionale esplora le caratteristiche generali e quelle specifiche della comunicazione intesa come la capacità degli esseri umani di riconoscersi reciprocamente.

Parlare (produrre parole, frasi compiute, esporre un fatto, raccontare la propria storia)
Conversare (avviare, mantenere o terminare uno scambio linguistico in prospettiva bidirezionale)
Comprensione del linguaggio verbale (capacità di comprendere il linguaggio parlato senza l'interferenza della barriera linguistica)
Comprensione del linguaggio non verbale (capacità di comprendere i gesti del corpo come il movimento delle mani)
Utilizzo finalistico dei messaggi non verbali (capacità di comprendere i gesti del corpo e di adeguare le risposte)
Utilizzo della comunicazione aumentativa (capacità di usare autonomamente la comunicazione aumentativa)

Cura della persona

Questo dominio funzionale esplora l'autonomia della persona nel soddisfacimento delle esigenze di base della vita.

Mangiare (capacità di eseguire in maniera autonoma i compiti e le azioni coordinate di portare il cibo alla bocca, di tagliarlo e di spezzettarlo usando gli utensili dedicati)
Vestirsi (capacità di eseguire in maniera autonoma le azioni coordinate per mettersi e togliersi gli indumenti e le calzature in sequenza e in accordo con le condizioni climatiche e sociali)
Prendersi cura di singole parti del corpo (occuparsi autonomamente di quelle parti del corpo come la pelle, i denti o i capelli che richiedono la cura, il lavaggio e l'asciugatura)
Bere (manifestare il bisogno di bere e prendere autonomamente una bevanda, portarla alla bocca e consumarla)
Igiene personale (lavare e asciugare autonomamente il proprio corpo utilizzando l'acqua, come farsi la doccia, fare il bagno e asciugarsi con l'asciugamano)
Segue e collabora al progetto

Controllo sfinteriale

Questo dominio esplora il controllo sfinteriale e l'autonomia nello svuotamento urinario e nella gestione in autonomia delle eventuali stomie e nella pratica dell'autocateterismo.

Esprime il bisogno
Pianifica il bisogno (sceglie e raggiunge un luogo adatto per lo svuotamento vescicale e intestinale)
Espleta la minzione/defecazione in maniera appropriata
Gestire l'eventuale stomia e praticare l'autocateterismo
Manipola gli indumenti prima (e dopo) l'espletamento del bisogno (compreso il saper usare assorbenti igienici)
È in grado di pulirsi regolarmente dopo la minzione/defecazione

Vita sociale e relazionale

Questo dominio esplora le azioni e i compiti richiesti per le interazioni semplici e complesse con le persone in modo contestualmente e socialmente adeguato.

Interazioni interpersonali semplici (rispetto, cordialità, tolleranza)
Interazioni interpersonali complesse (interagire secondo le regole sociali, mantenere una distanza sociale, impegnarsi in qualsiasi forma di attività ricreativa e legata al tempo libero)
Relazioni formali (con gli insegnanti, i datori di lavoro i fornitori di servizi)
Relazioni sociali informali (con i pari, gli amici, i conoscenti, i vicini di casa)
Relazioni familiari (figlio-genitore, con i fratelli, con la famiglia allargata)
Relazioni affettive intime

Istruzione

Questo dominio esplora le capacità scolastiche tenendo presente che la frequenza scolastica è un obbligo normativo non previsto dall'ICF-CY.

Coinvolgimento nel gioco (impegno intenzionale e prolungato in attività con oggetti, giocattoli, materiali o giochi, per tenersi occupati da soli o con gli altri)
Istruzione informale (apprendimento, a casa o in qualche altro ambiente non istituzionalizzato, dai genitori o da altri membri della famiglia o nella comunità - anche la frequenza di un Centro diurno con laboratori didattici)
Istruzione prescolastica (apprendimento delle abilità preparatorie per l'istruzione obbligatoria)
Istruzione scolastica (impegnarsi in tutte le responsabilità correlate alla scuola; lavorare in maniera cooperativa con altri studenti; ricevere istruzioni dagli insegnanti; organizzare, studiare e completare i compiti e i progetti assegnati)
Formazione professionale/istruzione superiore (impegnarsi nelle attività di formazione professionale/di programmi educativi avanzati e apprendere il materiale del curriculum in previsione di intraprendere un lavoro o una professione)
Lavoro non retribuito/attività occupazionali (impegnarsi in tutte gli aspetti del lavoro in cui non viene pagato un compenso, eseguire i compiti richiesti, presentarsi all'orario richiesto)

Ecco riempiti di contenuti i sei domini selezionati (attività corporee) che hanno così acquisito una loro originalità fenomenica nella direzione (descrittiva) indicata dall'ICF-CY.
Con ciò abbiamo, metaforicamente, dato *flatus* a questi contenitori non lasciandoli indistinti e orientando di conseguenza l'esame clinico che, a partire dall'obiettività semeiologica, deve esplorare le performance della persona lungo un percorso prestabilito. È importante definirne le modalità, prima di cimentarsi con la sua graduazione clinica, che resta la pregiudiziale senza la quale non è poi possibile inquadrare il singolo caso dentro le coordinate previste dall'impianto normativo oggi esistente.
Relativamente alla graduazione, proponiamo i seguenti livelli di compromissione crescente:

(a) nessuna compromissione funzionale (ivi compresa la compromissione di grado lieve, considerandola come una deviazione rispetto allo standard atteso poco o nulla influente sulla funzione);
(b) compromissione funzionale di grado medio che rileva sul funzionamento senza però condizionarlo pesantemente;
(c) compromissione funzionale grave che rileva marcatamente sul funzionamento;
(d) perdita, quando tutte le funzioni non sono state acquisite e sono irreversibilmente perdute.

Siamo ora nelle condizioni di poter descrivere le performance della persona in questi diversi domini (attività) e di dare all'*impairment* una pesatura clinica con situazioni diverse che possono essere così rappresentate all'interno di due opposti estremi: quello della non acquisizione/perdita di tutte le funzioni e quello della loro sostanziale integrità. Può essere, infatti, che all'interno di un singolo dominio:

(a) sia andata persa o non sia stata acquisita una singola capacità con piena conservazione di tutte le altre;
(b) sia compromessa in maniera grave una singola capacità con conservazione, piena o parziale, di tutte le altre;
(c) siano compromesse in maniera grave due o più capacità con conservazione, piena o parziale, di tutte le altre;
(d) siano compromesse in maniera grave tre o più capacità con conservazione, piena o parziale, di tutte le altre;
(e) siano compromesse, in misura media, una o più capacità.

Scaturiscono, naturalmente, molte possibilità dal gioco delle possibili combinazioni, per la cui valutazione occorre tenere a mente l'impianto normativo esistente e i due alternativi stati disfunzionali ritenuti alla base dell'indennità di accompagnamento.
Diamo ora corpo alla nostra proposta valutativa che dovrà, separatamente, dare un peso agli *score* superati per i quali possiamo riconoscere il diritto ai trasferimenti monetari previsti dalla legislazione vigente a favore delle persone disabili non oltre i 18 anni.

3.3 Criteri per l'indennità di frequenza

Fermo restando i requisiti amministrativi previsti per l'erogazione di questa particolare tipologia di *cash benefit* e quelli indicati nel caso (fortunatamente raro nell'esperienza clinica) di menomazioni dell'apparato uditivo, occorre graduare le 'difficoltà persistenti' che possono riguardare, alternativamente, o la mobilità o gli atti quotidiani della vita proposti nel nostro schema *ICF-oriented*.
Occorre anche precisare che la difficoltà deve essere clinicamente graduabile, che essa deve essere ascritta nella media compromissione funzionale e riguardare, per i domini proposti, almeno due funzioni indipendentemente dalla loro compromissione.
Le situazioni particolari, come ad esempio quella dei minori sottoposti a trattamento chemioterapico, vanno invece valutate con particolare precauzione analizzando anche le possibili interferenze funzionali prodotte dalla immunodepressione nello svolgimento delle diverse attività, evitando, comunque, automatismi valutativi e giudizi di tipo prognostico che devono essere utilizzati, invece, nei primi sei anni di vita.

3.4 Criteri per l'indennità di accompagnamento

Ricordato che le norme vigenti fissano gli alternativi criteri per la concessione di questo particolare *cash benefit*, esso deve essere riconosciuto in queste circostanze.

Nel caso di compromissione motoria, quando sia accertata:
(a) la perdita di almeno due delle funzioni motorie indicate dalla nostra proposta;
(b) la grave compromissione di almeno tre delle funzioni motorie;
(c) nell'ipotesi in cui esista la compromissione media di almeno cinque delle stesse.

Nelle altre ipotesi, quando l'*impairment* riguardante gli atti quotidiani della vita indicati dalla nostra proposta, comporti:
(a) la perdita di almeno due delle funzioni indicate dalla nostra proposta;
(b) la grave compromissione di almeno quattro delle stesse.

Situazioni particolari, non rientranti in questi incroci di coordinate, devono essere esaminate con particolare prudenza nella consapevolezza che la valutazione medico-legale, ancorché standardizzata, deve dare una risposta ai bisogni di salute della persona in questa delicatissima fase della vita sostenendo la sua sfera parentale.

4. Conclusioni

Questa proposta richiede un congruo tempo di sperimentazione per verificare la tenuta dello strumento e per valutare se i livelli-soglia proposti sono o meno in grado di esprimere il bisogno reale delle persone disabili.
Siamo, infatti, consapevoli che alcune funzioni, nello schema proposto, possono essere pesate più di una volta amplificando il bisogno e che altre, invece, potranno apparire sotto-dimensionate nella valutazione del danno funzionale permanente. Ciononostante siamo convinti che questa base di partenza, offerta anche all'esame della comunità scientifica, possa essere utile per provare a sperimentare nuovi scenari del percorso valutativo che non sono certo semplici. A patto, naturalmente, di non voler rincorrere quegli automatismi valutativi che, oltre a non dare una risposta alla personalizzazione dell'*impairment*, costituiscono modelli (a)tecnici che occorre contrastare con la forza delle idee e con il coraggio delle azioni.
La prassi deve essere, necessariamente, virtuosa anche nella sua riproducibilità e spetta a noi essere responsabili e propositivi senza nasconderci, sempre e comunque, dietro l'inerzia del legislatore, facendoci scudo dei problemi e delle incertezze che lo stesso ha comunque creato.

Note

§ Così si esprime, almeno, l'art. 1, comma 1, del Decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509 ('Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, numero 291').

Cfr., G.A. Norelli. L'assegno e l'indennità di accompagnamento, in Arch. Med. Leg. Ass., 1988; 10:14-23 che già segnalava, con evidente preoccupazione, la sporadicità dei contributi originali proposti su quest'area tematica.

$ Cfr., F. Cembrani et al. Le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'indennità di accompagnamento: vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile, in Riv. It. Med. Leg., 2007; 6:1299-1312.

£ Difficile è stato per noi dare contenuti a quell'attività indicata nel controllo degli sfinteri perché, nell'ICF-CY, essa non è assunta al rango di attività corporea autonoma essendo considerata nell'attività che esplora la cura della persona. Difficile è stato anche dare contenuti all'attività inerente la scolarizzazione visto il suo carattere obbligatorio italiano che mal si presta all'idea di dare un peso di gravità al rendimento scolastico.

Per contattare l'Autore **Fabio Cembrani**:
f.cembrani@gmail.com

CAMICINRETE

IL PRIMO E INNOVATIVO SOCIAL NETWORK
PER TUTTI I MEDICI E FARMACISTI ITALIANI

facile, veloce e intuitivo

REGISTRATI SUBITO SU

FAD E SIMULAZIONI
aggiornamento di qualità, personalizzato e flessibile

PROFILO
Archivio personale sempre disponibile senza limiti di spazio

EVENTI
Pubblicare un evento e invitare i colleghi a partecipare

SOCIAL
Creare una cerchia di colleghi amici con cui interagire e scambiare materiale

SERVIZI
acquistare materiali elettromedicali, assicurazioni e viaggi a prezzi agevolati

GRUPPI
creare un gruppo di lavoro o di svago

DOMANDE
chiedere consulti al volo o rispondere

CASI CLINICI
confrontarsi sugli approcci migliori

*Su **CAMICINRETE** sono presenti farmacisti, odontoiatri e medici di **tutte le specialità***
*La possibilità di confronto e **interazione è trasversale***
Camicinrete non è accessibile ai pazienti ed è assolutamente gratuito

Camicinrete è un progetto sviluppato da © 2011 Sintesi Infomedica s.r.l. – Via Ripamonti 89, 20141 Milano

Sintesi InfoMedica

Le reazioni emotive dei fratelli sani in Oncoematologia Pediatrica: esperienza di intervento psicologico

D'Alfio E,[1] Massaglia P, [1] Zucchetti G,[2] Vassallo E,[2] Nesi F,[2] Barisone E,[2] Bertolotti M[2]

[1] *Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino*

[2] *S.C. Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino*

Parole chiave
oncoematologia pediatrica; fratelli sani; stato emotivo e psicologico

Key words
pediatric onco-hematology; siblings; psychological and emotional state

Introduzione

Quando un bambino o ragazzo si ammala di tumore, evento che ogni anno in Italia interessa rispettivamente 1.380 e 780 casi,[1] l'intero nucleo familiare è coinvolto, in termini sia emotivi sia organizzativi, con il conseguente sconvolgimento dell'equilibrio precedente e rilevanti ripercussioni sulla routine quotidiana. I genitori vivono angosce pervasive e sono spesso completamente dediti all'assistenza del figlio malato, per cui si possono trovare psicologicamente e realisticamente in difficoltà nel rispondere alle richieste di cura e di attenzione dei figli sani,[2] che a loro volta rischiano di sviluppare problematiche emotive, comportamentali e scolastiche.[3] L'attenzione all'esperienza dei fratelli in Oncologia Pediatrica è relativamente recente, anche se l'importanza della presenza di un fratello o di una sorella nello sviluppo della psiche del bambino è da tempo riconosciuta, in particolare per quanto riguarda la costruzione della propria identità e la sperimentazione delle prime relazioni sociali e affettive: si tratta della scoperta dell'altro, in termini di somiglianze e di differenze. Quindi la malattia grave e potenzialmente mortale di un fratello interferisce con questi fondamentali processi evolutivi.[4]

Le ricerche sul funzionamento psicologico dei fratelli hanno messo in luce la presenza di un rilevante disagio emotivo, in rapporto a sentimenti di paura, di ansia, di angoscia per sé e a una conseguente estrema vulnerabilità sia fisica sia sociale.[5-6] Il vissuto emotivo è inoltre gravato da rabbia e da gelosia nei confronti del fratello malato, cui pur sono legati, ma a causa del quale perdono l'interesse dei genitori. I fratelli vivono quindi sentimenti intensi e contrastanti, che possono suscitare profondi sensi di colpa e necessitano di uno spazio in cui venire accolti e riconosciuti, attra-

verso un ascolto partecipe del professionista.

Somatizzazioni sia generiche, come malessere fisico generale, sia più specifiche, come la riedizione dei segni d'esordio della malattia del fratello, costituiscono altri segnali significativi di profondo disagio e di richiesta di attenzione.[7] Infine, come descritto in una recente monografia nella collana Medicina e Storia, intitolata "fratelli d'ombra", i fratelli da un lato passano inosservati dall'altro rischiano di sviluppare un comportamento silenzioso e ritirato, per non "disturbare ulteriormente" i genitori, già profondamente provati dalle angosce scaturite dalla situazione di malattia; peraltro possono anche sperimentare forte rabbia nel ricercare e rivendicare attenzione e protagonismo nella famiglia.[8]

L'esperienza emotiva dei fratelli donatori, caratterizzata da un coinvolgimento fisico diretto e da un coinvolgimento mentale particolare sia qualitativamente sia quantitativamente, vede in campo una maggior intensità di sentimenti depressivi e ansiosi,[9] accanto a solitudine, isolamento, ritiro, bassa autostima e rabbia nei confronti dei genitori.[10] Parallelamente è anche descritta la possibilità di un buon adattamento, legato in particolare a una maggiore maturità, un miglior livello di competenza sociale e a una maggiore intimità con i riceventi.[11] Rispetto all'età dei donatori, emergono come preoccupazioni prevalenti nell'infanzia la possibile modificazione corporea e il dolore, mentre in adolescenza i timori riguardano maggiormente la procedura di donazione e le possibili conseguenze per il ricevente.[12] Scarseggiano in Letteratura report di esperienze cliniche con i fratelli donatori e non, che consentano di esplorare in profondità i loro vissuti.

Nel presente lavoro si analizzano sentimenti ed emozioni espressi dai fratelli di bambini con patologia oncologica nell'ambito di colloqui psicologici, proposti di routine rispetto alla donazione o effettuati su richiesta in rapporto a problematiche connesse all'esperienza di malattia nell'arco di cinque anni (2009-2013) nell'ambito del lavoro di sostegno psicologico presso la S.C. di Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, Azienda O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. L'obiettivo del nostro studio è rivolto sia all'approfondimento della conoscenza dell'esperienza emotivo-relazionale e dei bisogni dei fratelli sia alla possibile successiva ricaduta clinica con eventuale riformulazione delle linee d'intervento. Nell'organizzazione dell'attività psicologica generale la presa in carico dei fratelli, inizialmente non predisposta, ha avuto una sua evoluzione specifica fino alla modalità attuale,[13] che prevede per i fratelli la possibilità di interventi diretti (di contenimento, di approfondimen-

Riassunto

***Obiettivo*. Descrivere le maggiori reazioni emotive dei fratelli di bambini con tumore attraverso l'analisi dei loro colloqui psicologici clinici. *Metodo*. Presso la S.C. Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, all'interno del percorso di cura di bambini e adolescenti affetti da patologia oncologica, è stato offerto un percorso di sostegno psicologico dedicato ai fratelli. Il percorso ha seguito un approccio psicodinamico con un setting flessibile in linea con i bisogni e le necessità del singolo individuo. Negli ultimi 5 anni 35 fratelli ($N_{femmine}$=19; range età=4-22; $N_{donatori}$=9) hanno beneficiato dei colloqui clinici. Sul protocollo dei colloqui è stata condotta un'analisi qualitativa di tipo molecolare. *Risultati*. L'analisi ha consentito di individuare tre macrocategorie riguardanti gli stati emotivi maggiormente espressi dai fratelli: depressione e sofferenza, rabbia, ansia. Lo stato emotivo dell'ansia risulta differente tra fratelli donatori e fratelli non donatori. *Conclusioni*. Si è quindi evidenziato che, accanto ai fratelli iper-responsabilizzati e soli, descritti in Letteratura, vi sono quelli arrabbiati e ostili, sulla base di un assetto narcisistico, la cui modulazione necessita di un intervento a lungo termine. In tutti gli altri casi ricevere accompagnamento e sostegno all'esperienza in atto risulta protettivo per l'equilibrio emotivo dei fratelli sani e per la qualità delle dinamiche familiari.**

Abstract

Aim. To describe the main emotional reactions of siblings of children with cancer through the analysis of their clinical psychological interviews. *Methods*. Structured clinical psychological interviews are dedicated to the siblings in the Pediatric Hematology Oncology Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy Division of the Regina Margherita Children's Hospital in Turin. These interviews follow a psychodynamic theoretical framework with a flexible setting according to the individual needs of the siblings. In the last 5 years 35 siblings (N_{girls}=19; age range=4-22; N_{donor}=9) have benefited from clinical interviews. A qualitative analysis has been conducted on the protocols of clinical psychological interviews. *Results*. Findings showed 3 macro categories that corresponded to the main siblings emotional reactions: 1) depression/suffering 2) anger 3) anxiety. The anxiety state was different between donor and non donor siblings. *Conclusion*. In addition to the siblings too invested of responsibility and always left alone already described to the literature, siblings are also angry and hostile. So, for these siblings a long-term intervention can be useful in order to modulate their narcissistic attitude. In general, a supportive psychological intervention can be protective for the siblings emotional state and for the quality of the familiar dynamic.

to diagnostico, di sostegno e di psicoterapia) e indiretti (di sostegno della funzione genitoriale). Tali possibilità vengono prospettate a tutte le famiglie dai curanti nell'ambito della comunicazione diagnostica; mentre con tutti i fratelli donatori sono effettuati colloqui di conoscenza e di contenimento, cui può seguire un successivo intervento personalizzato.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra Gennaio 2009 e Dicembre 2013, su 196 fratelli 35 (circa il 18%) hanno usufruito dell'intervento psicologico: si tratta di 16 maschi e 19 femmine, di età compresa tra i 4 e i 22 anni, di cui 9 hanno effettuato la donazione di midollo. (Tabella 1)

L'intervento psicologico è stato condotto secondo l'orientamento psicodinamico, attraverso lo svolgimento di colloqui e/o sedute di osservazione individuali, la successiva registrazione scritta dettagliata e la regolare supervisione.

Per ogni caso è stata svolta sulle trascrizioni un'analisi qualitativa di tipo molecolare, relativa cioè alle singole parole e frasi. Di queste è stata poi eseguita una codificazione identificando una serie di singole categorie più ampie, le macrocategorie, che racchiudessero al loro interno le precedenti informazioni specifiche. La metodologia utilizzata si ispira a quella proposta dalla *Grounded Theory* per l'analisi qualitativa.[14]

La presa in carico dei 35 fratelli si è svolta in base al bisogno individuale e ha compreso: 8 consultazioni (1-2 sedute), 10 psicodiagnosi (3-5 sedute), 7 interventi brevi (6-8 sedute), 10 sostegni psicologici (più di 8 sedute). Il consenso informato per la presa in carico psicologica (sia dei fratelli che dei pazienti stessi) è stato firmato dai genitori in occasione della firma del consenso riguardante l'inizio dell'iter terapeutico.

	Non Donatori	*Donatori*
Maschi	N=11	N=5
Femmine	N=15	N=4

Tabella 1. Descrizione del campione oggetto di studio

Vissuti	*Fratelli ND*	*Donatori*
Depressione e Sofferenza	16	4
Rabbia	8	2
Ansia	2	3

Tabella 2. Macrocategorie dei Vissuti Emotivi

Risultati

L'analisi dei colloqui ha permesso l'individuazione delle tre seguenti macrocategorie che rappresentano gli stati emotivi maggiormente espressi: "Depressione e Sofferenza", "Rabbia" e "Ansia". Come evidenziato dalla Tabella 2, depressione e sofferenza risultano prevalenti nei due sottogruppi, mentre la rabbia è meno rappresentata nei donatori. Non si è rilevata alcuna relazione tra le macrocategorie, l'ordine di genitura e l'età dei fratelli.

Si illustrano, anche attraverso brevi esemplificazioni cliniche, le varie sfaccettature di vissuto nell'ambito di ogni macrocategoria.

Depressione e Sofferenza

All'interno della macrocategoria "Depressione e Sofferenza" rientrano tutte le informazioni relative a vissuti di tristezza e di autentico dispiacere provati dal bambino nei confronti della situazione di malattia del fratello. Vi sono inoltre compresi stati di preoccupazione per la vita del fratello malato, timori di morte e vissuti di perdita. Infine sono inclusi sentimenti di nostalgia per la situazione di salute e serenità antecedente alla diagnosi, così come vissuti di isolamento e abbandono da parte della famiglia.

Si riporta un breve, ma significativo passaggio di una seduta di psicodiagnosi con F., un bambino di 8 anni, al cui fratello minore L. è stato diagnosticato un neuroblastoma di quarto stadio molto grave. Le comunicazioni verbali e non (sguardo, silenzi) esprimono tristezza, sofferenza e timore, accanto a nostalgia di una felicità perduta:

F. comunica: "*A L. è aumentata la febbre*". La psicologa esprime partecipazione con un sorriso dispiaciuto e si interessa a come si senta. F. risponde a bassa voce: " *Eh…un po' triste…*" Silenzio.

Si esplora quindi come vede in questo periodo il fratellino, cosa ne pensi… Lui dice che ci sono dei giorni che sta bene, altri che sta male e poi, sgranando gli occhi aggiunge: "*ha un occhio grande grande …enorme… grande così!*". Lo ripete mettendosi una mano davanti all'occhio destro come a mostrare la dimensione del rigonfiamento.

Si commenta che gli sembra proprio un po' strano, anche un po' spaventoso questo occhio. Lui annuisce tristemente: l'atmosfera emotiva si appesantisce molto. Dopo un lungo silenzio, la psicologa cerca di esplorare che idea si sia fatto di tutta questa situazione, se abbia pensato a qual-

cosa. Il bambino annuisce, ma resta in silenzio per un po' prima di comunicare: "*Oggi, mentre ero a scuola contavo le ore che passavano perché non vedevo l'ora che arrivassero le tre, così papà mi passava a prendere, venivo da te e poi andavo da L.*" Annuisce nuovamente e aggiunge a bassa voce: "*Ci sono volte che L. mi fa proprio arrabbiare, altre che sento che gli voglio bene. Vorrei che anche lui ricevesse dei regali il prossimo Natale, anche a lui piacciono queste macchine*". Inizia a raccontare del mare e delle vacanze: a loro due piace il mare, andare a pescare con il cugino e lo zio. Conclude la descrizione dettagliata e viva con: "*A volte vorrei che ritornassero questi giorni…*".

L. è in grado di utilizzare la relazione terapeutica dedicata e riservata, nell'ambito della quale riesce a esprimere i propri stati emotivi, vivendo un'esperienza di condivisione e di contenimento.

In altri casi il lavoro con i fratelli può aprire la possibilità di ritrovare anche con i genitori, la madre in particolare, una migliore espressione della loro funzione di sostegno e di tutela dei figli sani.

M., di anni 8, giunto dalla Romania con la madre e il fratello maggiore, necessitante di cure adeguate per una condizione grave di malattia, si ritrova nella quotidianità inserito in strutture di accoglienza temporanea con un importante turnover degli ospiti e dei referenti adulti.

A lui è stato offerto un sostegno psicologico a cadenza settimanale per circa tre mesi, durante il quale è stato possibile incontrare e dare voce al disagio e alla sofferenza derivanti innanzitutto dall'esperienza reale di solitudine ed estraneità. Parallelamente si è svolto un lavoro con la madre per aiutarla a prendere consapevolezza di come, paradossalmente, proprio il portarlo con sé avesse esposto M. all'abbandono. Recuperare uno spazio nella propria mente per il figlio sano ha consentito a questa madre di collaborare nel ripensare a uno "spazio fisico" più adatto a rispondere ai bisogni del bambino, decidendo che per lui fosse meglio ritornare in Romania e attendere nella casa in cui era cresciuto, accudito dai nonni e dal padre, il rientro, avvenuto alcuni mesi dopo, della madre e del fratello in via di guarigione.

Rabbia

I sentimenti di rabbia vengono messi in luce da frasi e momenti durante i colloqui in cui è possibile cogliere stati mentali di profonda ostilità nei confronti sia del fratello malato, verso cui si prova invidia poiché riceve tutte le attenzioni dei genitori, sia della situazione di malattia che ha scombussolato la quotidianità familiare non permettendo più il regolare svolgimento di attività e di interessi. Quando prevale la rabbia, il fratello, totalmente autocentrato, non riesce a identificarsi con la sofferenza, ma mantiene una posizione onnipotente, vivendo unicamente il sentimento astioso di sentirsi deprivato di qualcosa. A volte il rancore intenso può generare rilevanti sentimenti di colpa persecutoria che vanno riconosciuti.

Si riporta un estratto della seduta di intervento breve con C., un bambino di 12 anni, al cui fratello minore N. è stato diagnosticato un tumore al fegato a cattiva prognosi.

"*…Io vorrei stare di più con mamma. Lei è sempre qui e io non la vedo mai… A volte chiedo a papà di fare cambio, ma non si può, a volte gli chiedo di stare di più con me, ma lui deve anche lavorare… e poi mi dicono che non devo farli preoccupare, devo andare a scuola, fare il bravo, non farli preoccupare!*"

Si commenta, quindi, che è la mancanza della mamma a pesargli molto.

"*Sì è così, a volte mi arrabbio perché non la lasciano neanche mangiare in pace! Pranziamo in ospedale io, lei e papà, e subito qualche infermiera la viene a chiamare per andare da N., perché c' è bisogno di lei. Ma così con me non sta mai!*". C. precisa che ciò che più gli pesa in questo momento è dormire dagli zii, quando mamma è qui e papà fa il primo turno. "*Io vorrei dormire a casa, non in giro… E poi vorrei stare di più con la mamma, ma lei è sempre qui… forse domani sera ritornano a casa…forse!*". Poi aggiunge: "*Da quando c'è N. io ho avuto meno spazio, lui veniva sempre prima di me. C'erano delle volte che pensavo ma N. non puoi stare un attimo fuori che voglio la mamma?*". Silenzio.

"*E forse qualche volta avrai sperato che andasse via, che non ci fosse più…*" propone la psicoterapeuta.

Lui conferma: "*Sì, due volte, nel gennaio e maggio 20XX. Lui mi ha fatto arrabbiare e speravo che gli capitasse qualcosa di brutto (…) questo è il secondo dei miei desideri che si è avverato*" e abbassa lo sguardo, restando in silenzio.

All'invito a spiegarsi meglio, precisa, sempre a bassa voce: "*Beh, prima desideravo un fratello ed è nato, poi ho desiderato non averlo più, che gli capitasse qualcosa…e anche questo è successo…*".

In questo caso non è stato possibile, nell'ambito dell'intervento svolto, modulare l'onnipotenza di C., che ha mantenuto un atteggiamento rigidamente autocentrato, distanziandosi completamente dal profondo dolore dei genitori sia durante la malattia sia nel lutto.

Ansia: differenze tra i vissuti emotivi nell'esperienza dei fratelli in rapporto alla donazione

Mentre per quanto riguarda i vissuti di depressione/sofferenza e di rabbia dall'analisi del materiale clinico non sono emerse differenze rilevanti rispetto alla condizione di donatore, il vissuto ansioso mostra specificità tra

i fratelli donatori e non donatori, già nei colloqui di consultazione.

Per i fratelli non donatori timori e preoccupazioni appaiono ad ampio raggio: riguardano la salute del fratello malato, la precarietà del presente e il deterioramento delle condizioni fisiche. Si riporta a esemplificazione la comunicazione di M., una ragazza di 14 anni alla cui sorella minore S. è stato diagnosticato tumore cerebrale: "*Era un periodo tranquillo e poi S. si è ammalata e io non vedo l'ora che si riprenda…è tanto cambiata dopo la chemio, è più gonfia, più nervosa…e se non dovesse farcela? E se la nostra vita cambiasse totalmente? Se non tornassero più i giorni di una volta quando tutti eravamo sereni?*".

Nel caso dei fratelli donatori, invece, l'ansia è circoscritta maggiormente all'esperienza dell'espianto e all'esito della donazione, come esprime C., di 18 anni: "È *la prima volta che vengo ricoverata…non sono mai entrata in un ospedale prima d'ora…i medici mi hanno detto che mi faranno l'anestesia…però non so…anche se non sentirò niente ho un po' di paura…sa è comunque un'operazione (…) e se poi, nonostante tutta la mia fatica, le mie cellule non attecchissero? E se poi G. continuasse a stare male?*"

A proposito della donazione è doveroso sottolineare come i fratelli donatori, nonostante venga chiesto il loro consenso all'espianto, sentano spesso l'obbligo di sottoporsi al prelievo di midollo per non deludere i genitori e per non privare il fratello di una possibilità di cura. L'ansia e le preoccupazioni in merito a tale procedura possono intrecciarsi ad aspettative salvifiche "*io lo salverò perché il mio midollo è sano*".

Tutti questi vissuti, se non adeguatamente riconosciuti e affrontati nel corso della presa in carico psicologica, possono essere fonte di ulteriore ansia e preoccupazione, non sempre manifestata apertamente, come nel caso di F., una donatrice di 10 anni. F., che mostrava a casa e in ospedale un atteggiamento adulto e collaborativo, in realtà non solo coltivava fantasie onnipotenti riguardo alla donazione, ma nutriva anche profondi timori rispetto all'intervento, come se attraverso il "passaggio" di midollo il fratello malato potesse in qualche modo "infettarla", infine sentiva molto forte su di sé la responsabilità di "*far felici papà e mamma*" con il suo gesto. Non percepiva alcuno spazio per esprimere le proprie insicurezze, anzi si sentiva gravata da grandi aspettative di forza e di coraggio, cui cercava di corrispondere. In questo caso si è svolto un intervento breve prima dell'espianto, per permetterle di esprimere l'autenticità dei suoi sentimenti e di sentirsi accolta e sostenuta rispetto alle sue fragilità. F. ha affrontato l'intervento con un'ansia meno intensa e più manifesta, con una maggiore consapevolezza dei propri vissuti e soprattutto con la sicurezza dell'attenzione e della vicinanza da parte degli adulti.

Discussione

L'esperienza condotta conferma, come descritto in Letteratura, che la situazione di malattia oncologica del fratello e/o sorella rappresenta per i bambini/ragazzi un evento sfavorevole con ricadute negative sulla qualità di vita nel presente e possibili interferenze nel percorso di sviluppo. Si è inoltre evidenziato che accanto ai fratelli iper-responsabilizzati, che spesso vivono sentimenti di colpa o solitudine, vi sono quelli arrabbiati e ostili, sulla base di un assetto narcisistico, peraltro sempre più frequente.[15] In questi casi, come di fronte a configurazioni psicopatologiche preesistenti, occorre una presa in carico individuale a lungo termine con un parallelo lavoro sulla funzione genitoriale. In tutte le altre situazioni l'accompagnamento psicologico descritto (setting flessibile rispetto alle caratteristiche personali e familiari), risulta fondamentale per i fratelli per aiutarli a comprendere la realtà di malattia, altrimenti spesso occultata o distorta dai familiari nel tentativo di evitare ritorsioni e sofferenze.

La presa di consapevolezza della situazione da parte dei fratelli è in grado non solo di proteggere il loro equilibrio emotivo, ma anche di migliorare le dinamiche relazionali all'interno del nucleo familiare: risulta infatti favorita una comunicazione più sincera, che prelude a una maggiore possibilità di condivisione e sostegno reciproci.[16,17] La malattia, indipendentemente dal suo esito, diventa così una prova difficile e dolorosa, affrontata e superata insieme, che contribuisce a rinforzare il legame genitori-figli sani. Si auspica pertanto una sensibilizzazione rispetto al "bisogno di cura" dei fratelli (che rischia di passare inosservato ai genitori stessi), da un lato di tutti gli operatori dei Centri di oncoematologia pediatrica, dall'altro dei Pediatri di famiglia, che possono nell'assistenza diretta ai fratelli sani svolgere efficacemente il ruolo di interlocutori autorevoli e attenti alle ricadute reali ed emotive dell'esperienza di malattia, fornendo un contributo fondamentale nella prevenzione e nella riduzione del costo psicologico a loro carico. Per i Pediatri di famiglia maturare attenzione ai fratelli sani può risultare prezioso anche in tutti gli altri casi di malattia cronica e/o disabilità, in cui le cure genitoriali sono polarizzate sul figlio affetto.

Bibliografia

1. Pession A et al. I tumori dei bambini e adolescenti in Italia. Prospettive in Pediatria. 2013;43(172):226-32.
2. Alderfer MA et al. Family issues when a child is on treatment for cancer. In: Brown RT, editore. Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease: A biopsychosocial approach. Oxford: New York: 2006. p. 53-74.
3. Alderfer MA et al. Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. Psychooncology. 2010;19(8):789-805.
4. Nolbris MJ et al. Grief related to the experience of being the sibling of a child with cancer. Cancer Nurs. 2010;37(5):1-7.
5. Murray JS. A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. J Pediatr Nurs. 2002;17:327-37.
6. Nolbris M et al. Experience of siblings of children treated for cancer. Eur J Oncol Nurs. 2007;22:227-33.
7. Massaglia P et al. Psicologia e gestione del bambino portatore di tumore e della sua famiglia. In: Saccomani R, editore. Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino malato di tumore. Milano: Raffaello Cortina; 1998. p. 13-128.
8. Tringali D et al. Fratelli d'ombra. Medicina & Storia. 2014;5:11-22.
9. Packman WL et al. Psychosocial consequences of bone marrow transplantation in donor and nondonor siblings. Dev Behav Pediatr. 1997;18(4):244-53.
10. Packman WL et al. Psychosocial adjustment of adolescent siblings of hematopoietic stem cell transplant patients. J. Pediatr Oncol Nurs. 2004;21(4):233-48.
11. MacLeod KD et al. Pediatric sibling donors of successful and unsuccessful hematopoietic stem cell transplants (HCST): A qualitative study of their psychosocial experience. J Pediatr Psychol. 2003;28(4):223-31.
12. Heiney SP et al. Preparing children to be bone marrow donors.Oncol Nurs Forum. 2002;29(10):1485-9.
13. Massaglia P. Il supporto ai fratelli e alle sorelle dei bambini malati in oncoematologia pediatrica. In: Tringali D, Lauro Grotto R, Papini M (a cura di). Fratelli d'ombra. ETS; 2014. p. 35-49.
14. Corbin J et al. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Sage publications, 2014.
15. Pietropolli Charmet G. et al. Narciso innamorato. La fine dell'amore romantico nelle relazioni tra adolescenti. BUR, 2014.
16. Bertolotti M et al. La comunicazione nel percorso terapeutico del minore malato. In: Minorigiustizia. Franco Angeli: 2005(n.2). p. 80-89.
17. Bertolotti M et al. Psycho-Oncology in Childhood and Adolescence: The Italian Experience. Neuropathological Diseases. 2012;1(1):71-93.

Per contattare l'Autore **Pia Massaglia**: *pia.massaglia@unito.it*

Manuel Adolfo Castello (1935-2015): la dimensione mondiale della Pediatria fra scienza e centralità dell'individuo

Farnetani I
Professore Ordinario di Pediatria
LUdeS Foundation Higher Education Institution, Malta
www.italofarnetani.it

Parole chiave
Manuel Adolfo Castello, pediatria, oncologia

Key words
Manuel Adolfo Castello, pediatrics, oncology

Riassunto
Manuel Adolfo Castello è stato un illustre pediatra argentino che ha speso la sua carriera interamente in Italia ed è scomparso a Roma nel settembre 2015. La sua attenzione costante nei riguardi del paziente e la sua forte personalità hanno caratterizzato il suo operato negli anni. Castello è stato l'ideatore, presso l'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università La Sapienza di Roma, della "cartella clinica elettronica", un sistema di registrazione in forma elettronica dei dati relativi allo stato di salute di un individuo, accessibile ai medici per finalità connesse al trattamento del paziente. Egli fu membro di numerose realtà istituzionali e Autore di diverse pubblicazioni, godendo di indiscussa reputazione per il suo impegno nel campo della Ricerca.

Abstract
Manuel Adolfo Castello was an Argentinian eminent pediatrician who spent his entire career in Italy, he died in Rome, at the end of September 2015. His own constant concern for the patient and his strong personality were defining characteristics of what he done in years. He was the developer of an electronic medical records system at the Pediatric Clinic of the La Sapienza University in Rome. This system allows a comprehensive medical record of the past and present state of health of an individual in electronic form, providing for ready availability of these data for medical treatment and other closely related purposes. He has been a member of important scientific organizations and Author of many articles, having an undisputed reputation for his commitment to research.

Per comprendere l'essenza della personalità di Manuel Adolfo Castello (Figura 1), scomparso a Roma il 29 settembre 2015, ci si deve basare sulle sue pubblicazioni, che ne dimostrano l'accuratezza scientifica, clinica e umana. Un aspetto biografico è tuttavia utile per comprendere la sua personalità umanamente forte.

La spiegazione deriva dalla risposta a una domanda. Perché Manuel Adolfo Castello, nato il 27 novembre 1935 a Buenos Aires (Argentina), dove si era laureato in Medicina e Chirurgia nel 1961, membro di un'importante famiglia (il padre era stato Ministro delle Finanze) aveva lasciato il suo Paese natale per trasferirsi in Italia e, come diceva, ricominciare daccapo? Egli aveva compiuto tale scelta per seguire l'allora fidanzata, che poi sarebbe divenuta sua moglie.

Si capisce così la sua personalità, in cui il lato umano e affettivo prevaleva sull'interesse personale. La stessa personalità, affettivamente forte, si riconosce nell'emozione che egli aveva dimostrato di provare quando, invitato dal Papa argentino Francesco, assistette, insieme alla famiglia, alla Messa celebrata dal Santo Padre presso la

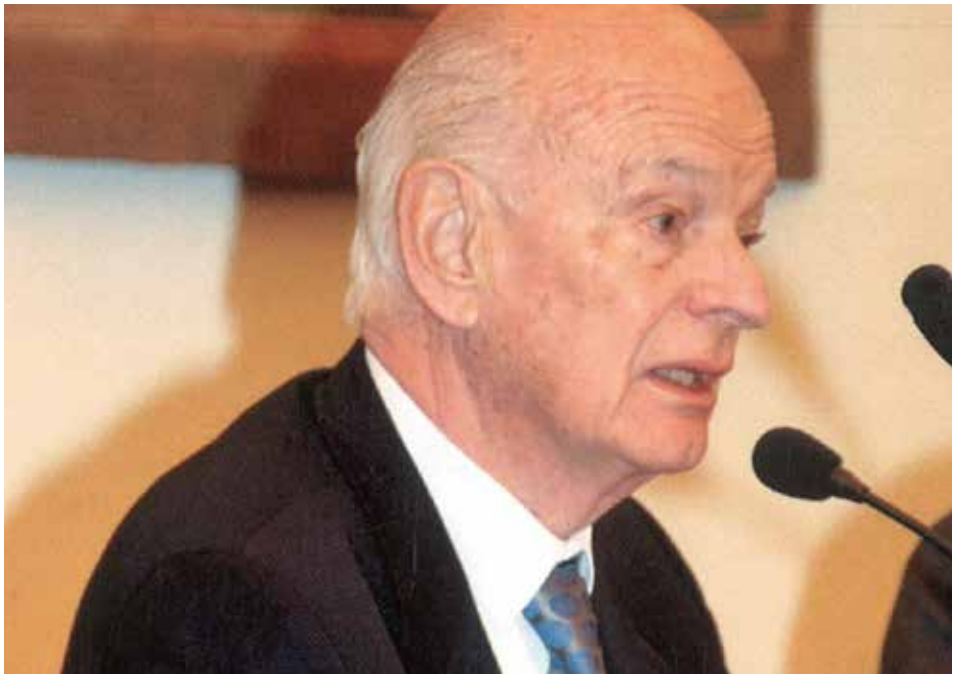


Figura 1. Roma 20 novembre 2011, Sala della Promoteca del Campidoglio: Convegno nazionale «Cura e tutela del bambino dall'Unità d'Italia ad oggi. 1861-2011»: Manuel Adolfo Castello mentre modera la seconda sessione.

Chiesa della residenza di Santa Marta all'interno della Città del Vaticano.

Il pensiero: persona e scienza

La priorità data alla persona si nota anche nella sua produzione scientifica, che dimostra come egli si occupò di aspetti di ricerca altamente raffinati, senza tralasciare alcun aspetto delle problematiche della Pediatria, privilegiando sempre l'interesse al paziente.
L'elevato livello e rigore scientifico caratterizzarono sempre le sue indagini. Basti pensare ad alcune ricerche compiute in collaborazione con la scuola di Giuseppe Giunchi, che lo portarono a descrivere una sindrome a tipo familiare, caratterizzata da infezioni respiratorie determinate da un deficit dell'immunità cellulare legata ai linfociti.[1]
Ma l'interesse principale di Castello fu per l'Oncologia. Proprio dall'*incipit del capitolo sull'oncologia*[2] del manuale "*Pediatria generale e specialistica*", emerge l'onestà intellettuale e didattica di Castello quando scrive: «Le neoplasie in età pediatrica sono molto rare». Dopo questa affermazione, inusuale fra gli specialisti, che in genere tendono a dilatare l'ambito dei loro interessi, egli fornisce subito la giustificazione scientifica di quanto afferma, documentandola con un dato statistico: «un nuovo caso ogni 564 soggetti di età compresa fra 0 e 15 anni».
Queste poche parole sono lo specchio della personalità e del pensiero di Castello, che contemporaneamente univa il sapere scientifico, ai più elevati livelli, all'attenzione alla persona umana, che sempre veniva anteposta al dato di scienza e strumentale. Questo si nota andando a rileggere i suoi scritti, di cui riportiamo alcuni brani tratti da relazioni tenute nel corso di importanti congressi.
Castello è conscio dei progressi fatti dall'Oncologia pediatrica ma, nello stesso tempo, avverte che è necessario garantire sempre centralità al paziente, senza dare invece prevalenza ai mezzi diagnostici e tecnologici, dimostrando così un'impostazione neoippocratica della Medicina.

«L'Oncologia pediatrica è un campo della Pediatria in cui sono stati fatti grandi progressi sul piano diagnostico e terapeutico, ma maggiori possibilità terapeutiche sono ovviamente connesse alla precocità della diagnosi. Crescente attenzione viene rivolta a individuare markers specifici, oppure a perfezionare le tecniche di indagine non invasiva, tra le quali primeggia per semplicità di esecuzione l'ecografia, che ha consentito negli ultimi anni di diagnosticare masse in epoca fetale. Gli avanzati mezzi diagnostici della tecnica moderna però non possono sostituirsi a un'indagine clinica accurata e acuta nell'individuare una patologia neoplastica. D'altro canto, i facili allarmismi e un indiscriminato uso delle indagini strumentali e di laboratorio non risolvono sicuramente il problema, mentre è comunque molto importante che il pediatra sia pienamente consapevole dell'esistenza dei tumori nell'infanzia e nell'adolescenza, in quanto la diagnosi di tumore in un bambino inizia con l'anamnesi e l'esame obiettivo».[3]
L'attenzione al paziente si ritrova anche quando Castello raccomanda di non fermarsi solo all'indubbio successo ottenuto nella sopravvivenza delle patologie oncologiche, perché sposta la sua attenzione sulla qualità della vita del paziente e, in particolare, sulla cura del dolore, che invece, come ricorda, non ha avuto analoghi risultati positivi. «Il cancro è una patologia relativamente rara (0,2%) nell'infanzia, rappresenta tuttavia la seconda causa di morte nei bambini di età compresa tra 0 e 14 anni. Fortunatamente la sopravvivenza media, grazie al progresso nelle tecniche diagnostiche e terapeutiche, è in continua crescita. L'anatema tumore-morte sembra non più valido, ormai nella maggioranza dei casi, calcolandosi la sopravvivenza globale intorno al 60%. Non si può dire altrettanto per quanto riguarda il dolore».[4]
La necessità di porre attenzione al pa-

ziente, per Castello, non è dettata solo da motivi di solidarietà umana, perché ricorda che il comportamento biologico individuale determina anche la risposta al trattamento. Anche questo caso è espressione della personalità di Castello, perché unisce l'attenzione umana al rigore scientifico.
Lo documenta un brano della relazione tenuta durante il 58° Congresso nazionale della Società italiana di pediatria (SIP) che si svolse a Montecatini Terme (Lucca) dal 28 settembre al 2 ottobre 2002. La relazione di Castello, allora Vicepresidente della SIP, si tenne la mattina del primo ottobre dalle 8,30 alle 11 presso la sala Elio del Centro Congressi, nell'ambito di una sessione di Oncologia presieduta da Alberto La Grut, ed ebbe anche dimensione internazionale per la presenza di un relatore francese, Olivier Hartmann.
Castello in quell'occasione affermò: «Il retinoblastoma intraoculare appare, quindi, come una malattia altamente chemiosensibile, ma non chemiocurabile. L'incidenza di remissioni complete è elevata così come la recidiva. Il consolidamento della risposta si ottiene combinando il trattamento chemioterapico con la terapia locale in modo da ridurre l'incidenza di effetti collaterali legati alla irradiazione esterna come: distacco retinico, modifiche della rete vascolare e fibrosi periretiniche, alterazioni che possono portare alla riduzione del visus fino alla cecità.
Ricerche cliniche randomizzate e studi biologici eseguiti su un grande numero di pazienti sono necessari per comprendere le eventuali interazioni tra comportamento biologico e responsività al trattamento».[5]
La conclusione della relazione di Castello rappresenta la sintesi del suo pensiero perché dimostra, anche in questo caso, attenzione ai progressi della scienza inquadrati sempre nel servizio alla persona umana. Egli infatti si pone il problema di valutare gli effetti delle cure non a distanza immediata, ma anche in un lungo arco di tempo, in questo caso in riferimento alla nefrectomia.
«In conclusione, i risultati di questo studio pilota indicano che in alcuni bambini selezionati la chirurgia conservativa è attuabile senza compromettere l'ottima prognosi e, inoltre, riduce il danno renale subclinico e l'ipertrofia renale compensatoria. Ulteriori studi con osservazione prolungata di questi pazienti sono necessari per dirimere il quesito se la nefrectomia dopo 25-50 anni può essere causa di un danno renale clinicamente rilevante».[6]

La dimensione internazionale della carriera

Castello fu protagonista di una brillante carriera universitaria, inoltre, aiutato anche dalla perfetta conoscenza di quattro lingue, ebbe sempre un ruolo attivo nel campo della Pediatria internazionale.
Egli fu ordinario di Pediatria e Direttore del Dipartimento e della Scuola di Specializzazione in Pediatria presso l'Università "La Sapienza" di Roma, ove dal 2002 fu anche Presidente del Consiglio del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica.
Castello fu Membro della Commissione consuntiva del Consiglio Universitario Nazionale dal 1987 al 1997 e, fino alla sua scomparsa, fece parte dell'*Editorial Board* di "Minerva Pediatrica".
Dal 1991 al 2003 fu eletto ininterrottamente nel Consiglio direttivo della Società Italiana di Pediatria, ove ricoprì vari incarichi: Segretario, Tesoriere e Vicepresidente.
Castello fu anche Membro dell'Accademia Nazionale di Medicina d'Italia e nel 2004 fu tra i fondatori dell'Accademia Nazionale di Pediatria, di cui fu Presidente; dal 2006 fu Membro del Comitato Scientifico di Telefono Azzurro.
Il Rettore dell'Università "La Sapienza" di Roma gli affidò incarichi didattici internazionali, anche molto delicati, come quello che prevedeva l'organizzazione di un master in Medio Oriente.
Castello ebbe un ruolo in numerose istituzioni internazionali: *fellow* dell'*American Academy of Pediatrics* dal 1969; Membro corrispondente delle Accademie Nazionali di Medicina e di Scienze Morali e Politiche di Buenos Aires dal 1972; Membro Fondatore e Segretario Generale del Gruppo Latino di Pediatria dal 1997 al 2007 e dal 1999 Presidente della Società Italo-Argentina di Pediatria, di cui al momento della scomparsa stava organizzando il Congresso internazionale, che si sarebbe dovuto svolgere a Roma nel 2016.
Nonostante il suo ruolo internazionale, Castello non dimenticò mai l'ambito territoriale in cui operava, infatti fu Membro delle Commissioni Regionali del Lazio per i Vaccini, l'Emergenza Pediatrica, l'Oncologia, l'appropriatezza dei ricoveri e la riorganizzazione della Pediatria. Proprio in questo ambito realizzò un progetto a cui teneva molto. Presso l'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università La Sapienza di Roma, di cui era Direttore, realizzò un innovativo "sistema di cartella clinica computerizzato" utilizzando le possibilità offerte dalla telematica. Questo sistema prevedeva che i dati di ogni paziente andassero inseriti in un unico file clinico a cui potevano accedere gli operatori sanitari che, di volta in volta, avevano in cura il soggetto.
Per ogni neonato era prevista la compilazione di una cartella clinica in cui andavano inseriti i dati sull'andamento della gravidanza e della nascita raccolti già in sala parto. Questa cartella doveva passare al pediatra di famiglia e andava integrata con tutte le notizie relative alla salute del bambino, per esempio le vaccinazioni. In tal modo, in caso di ricovero in ospedale, il medico del pronto soccorso poteva disporre immediatamente di tutte le informazioni cliniche del paziente. I risultati di esami, prestazioni, osservazioni eseguiti

durante il ricovero erano subito riportati in questa cartella clinica personale. Il programma prevedeva anche la possibilità di registrare le immagini degli esami eseguiti più frequentemente. Il pediatra di famiglia poteva continuare a seguire il suo paziente collegandosi dal proprio computer, utilizzando una password.[7]

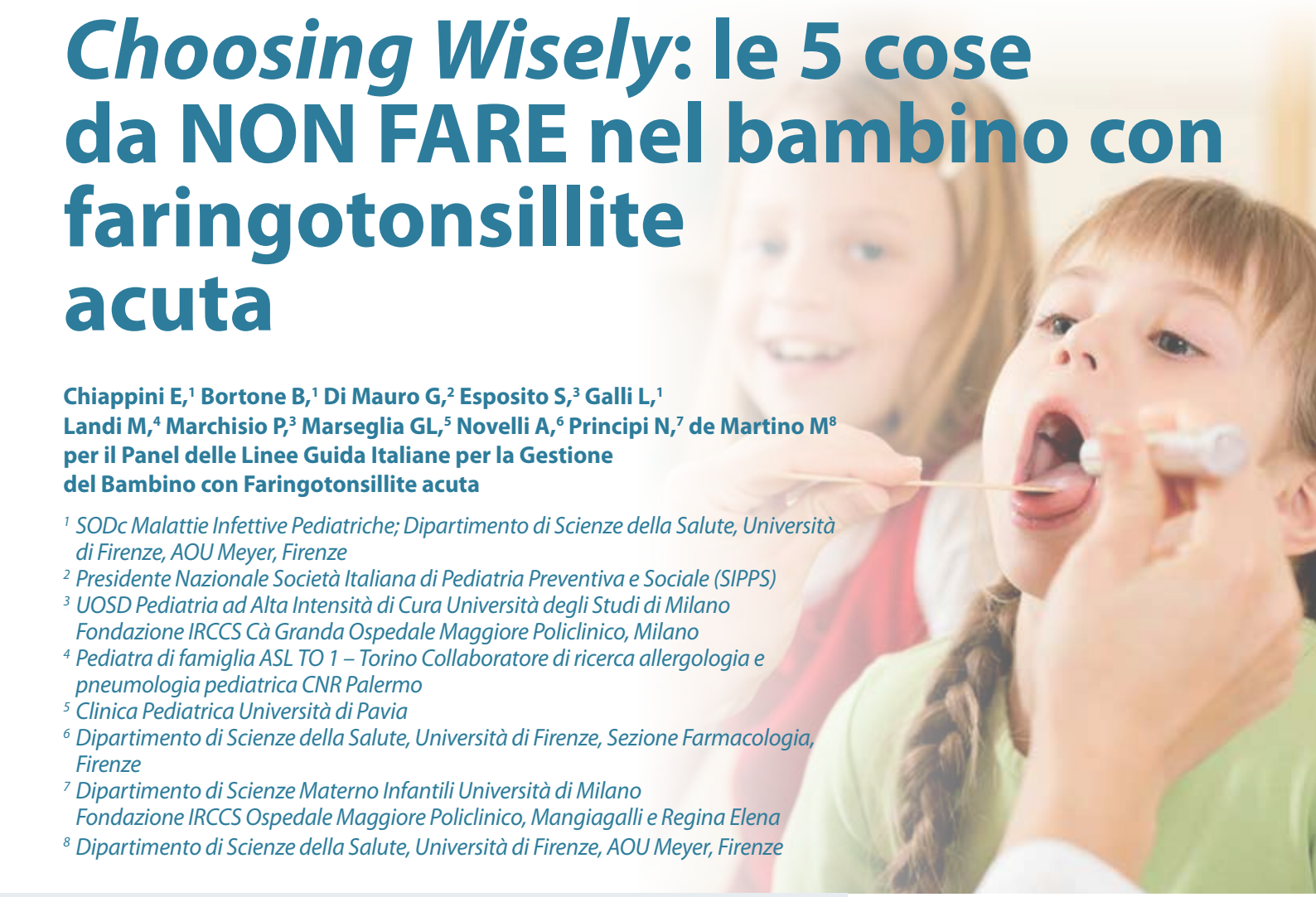
Castello scrisse un Manuale di pediatria[8] pubblicato in due edizioni.[9] Curò insieme ad altri la pubblicazione del manuale Pediatria generale e specialistica,[10] in cui scrisse il già citato capitolo sull'Oncologia insieme a Carlo Cappelli, Anna Clerico e Giuseppina Ragni. Da segnalare anche un libro divulgativo che rappresenta una sintesi della sua visione della vita e della Medicina.[11]

Bibliografia

1. Rezza E, Aiuti F, Businco L, Castello MA. Linfoma familiare con deficit dei linfociti T. Scritti dedicati a Arrigo Colarizi nel 30° anno di insegnamento, Reggio Emilia, Editrice AGE, 1974:505-18.
2. Castello MA, Cappelli C, Ragni G, Clerico A. Oncologia. In: Pediatria generale e specialistica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2002. pag. 648-98.
3. Castello MA, Ragni G, Sordi A, Libera F, Antimi A, Cappelli C, Clerico A. Screening e diagnosi precoci in oncologia pediatrica. Riv It Pediatr. 1998;24(4):594.
4. Clerico A, Ragni G, Antimi A, Castello MA. L'approccio al dolore nel bambino con neoplasia. Riv It Pediatr. 1995;21(4):517.
5. Castello MA, Schiavetti A, Ragni G, Cappelli C, Hadjistilianou T. Conservare l'organo visivo e la sua funzione: nuovi risultati nella terapia del retinoblastoma. Quaderni di Pediatria. 2002;1(4):227.
6. Cozzi A, Schiavetti A, Gambino M, Brigida MA, Castello MA. Trattamento chirurgico conservativo dei tumori del rene. Quaderni di Pediatria. 2003;2(1):18.
7. Farnetani F. L'ospedale pediatrico virtuale. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003;10(1):45.
8. Manuale di pediatria. A cura di Manuel A. Castello. Con la collaborazione di Giuseppina Ragni. Piccin, 2007.
9. Manuale di pediatria. A cura di Manuel A. Castello, Marzia Duse. Seconda edizione. Piccin, 2015.
10. Pediatria generale e specialistica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2002.
11. La guarigione tra scienza e sentimenti: testimonianze ed esperienze di vita dei bambini guariti. A cura di Anna Clerico, Manuel Castello; prefazione di Walter Veltroni; con la collaborazione di Elena Galifi e Anna Canali. Edup, 2007.

Per contattare l'autore **Italo Farnetani**: *segreteria@italofarnetani.it*

Choosing Wisely: le 5 cose da NON FARE nel bambino con faringotonsillite acuta



Chiappini E,[1] Bortone B,[1] Di Mauro G,[2] Esposito S,[3] Galli L,[1] Landi M,[4] Marchisio P,[3] Marseglia GL,[5] Novelli A,[6] Principi N,[7] de Martino M[8] per il Panel delle Linee Guida Italiane per la Gestione del Bambino con Faringotonsillite acuta

[1] *SODc Malattie Infettive Pediatriche; Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze*
[2] *Presidente Nazionale Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)*
[3] *UOSD Pediatria ad Alta Intensità di Cura Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*
[4] *Pediatra di famiglia ASL TO 1 – Torino Collaboratore di ricerca allergologia e pneumologia pediatrica CNR Palermo*
[5] *Clinica Pediatrica Università di Pavia*
[6] *Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, Sezione Farmacologia, Firenze*
[7] *Dipartimento di Scienze Materno Infantili Università di Milano Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena*
[8] *Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze*

Parole chiave
Choosing Wisely, campagna educazionale, faringotonsillite acuta

Key words
Choosing Wisely, educational campaign, acute pharyngotonsillitis

Riassunto
Choosing Wisely è una campagna educazionale statunitense avviata nel 2002 con la pubblicazione della "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio". Il documento sottolinea l'impegno del medico a un'equa distribuzione di risorse limitate, in favore del benessere del paziente, della sua autonomia e della giustizia sociale. In Italia il movimento è promosso dal 2010 da Slow Medicine e prevede la creazione di una lista di 5 messaggi chiave denominati " top five", in cui ciascuna raccomandazione dev'essere supportata da evidenze scientifiche. Riportiamo i 5 messaggi chiave per la gestione della faringotonsillite.

Abstract
Choosing Wisely is a United States-based health educational campaign by ABIM Foundation, led by the publication of 'Medical professionalism in the new millennium' in 2002. The charter states that physicians have a responsibility to promote patient's well-being, autonomy and health equity when some health resources are scarce. In Italy Choosing Wisely was promoted in 2010 by Slow Medicine and was created to organise the creation of "Top Five" lists and each recommendation in the program must have the support of clinical guidelines, evidence, or expert opinion. We report the 5 key messages for pharyngotonsillitis' management.

La storia di "*Choosing Wisely*" (o Scegliere Consapevolmente) inizia nel 2002 negli Stati Uniti da parte della Fondazione ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), della Fondazione dell'ACP (*American College of Physicians*) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, con la "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio".[1]
Questo documento ha come suoi principi fondamentali il benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare, la Carta sottolinea l'impegno a un'equa distribuzione di risorse limitate e chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse e dell'evitare scrupolosamente test e

procedure superflue, dato che "*fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri*". In Italia il movimento viene promosso dal 2010 da "*Slow Medicine*" che sposa le stesse finalità. Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato anche attraverso le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane. Gli estensori del documento individuano esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi. La metodologia permette di identificare 5 messaggi chiave, spesso definiti i "*top five*", che rappresentano comportamenti da NON adottare, espressi in maniera molto sintetica, diretta e concisa.

Le cinque raccomandazioni rappresentano quindi un percorso ragionato al "non fare", a evitare cioè quello che non solo è inutile e dispendioso ma anche potenzialmente dannoso per il paziente, anche in termini di qualità di vita. Sono pertanto documenti differenti dalle Linee Guida o dai percorsi diagnostico-terapeutici, nei quali viene tracciato un *iter* ragionato per arrivare a una diagnosi attraverso passaggi successivi. A oggi i progetti basati su questa filosofia nel mondo sono numerosi. In una recente revisione narrativa sono stati recensiti tutti i progetti disponibili fino a ora.[2] Nell'ambito infettivologico pediatrico, per esempio, sono già disponibili diversi messaggi chiave, emanati da diverse Società Scientifiche, fra le quali anche la *American Academy of Pediatrics*.[3] Le due raccomandazioni più frequenti in quest'ambito sono risultate essere quella di non utilizzare antibiotici per il trattamento delle infezioni delle vie aeree di verosimile origine virale, insieme a quella di non trattare con antibiotici le forme di batteriuria asintomatica.[2,3] L'uso inappropriato di antibiotici rappresenta un problema diffuso in tutto il mondo e documentato ampiamente anche in Italia.[4] Nel nostro Paese, purtroppo, il tasso di prescrizione di antibiotici pro-capite rimane uno dei più elevati in Europa.[4,5] Parallelamente, come emerso dal recente rapporto *Antimicrobial resistance surveillance in Europe dell'European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), l'Italia risulta anche tra i Paesi europei con i più elevati tassi di resistenza relativamente a molteplici specie batteriche.[6,7] Alla base dell'eccessivo impiego di antibiotici in Pediatria vi sono vari fattori, tra i quali la difficoltà, in molti casi, nel raggiungere una diagnosi microbiologica dell'infezione. Altre cause di eccessiva prescrizione sono rappresentate dalle pressioni da parte dei genitori, dal dilagare della medicina "difensiva" e, in parte, dalla scarsa aderenza dei Pediatri e dei Medici di Medicina Generale alle raccomandazioni delle Linee Guida esistenti.[6,7]

L'eccessiva prescrizione di antibiotici in caso di infezione delle vie aeree superiori in generale e di faringotonsillite acuta in particolare sembra persistere nel tempo senza variazioni sostanziali, nonostante la diffusione di Linee Guida nazionali e internazionali.[6,7]

Pertanto, con le medesime finalità e secondo la metodologia in precedenza pubblicata per altre campagne *Choosing Wisely*[1] è stata creata una *task force* nell'ambito del *panel* delle Linee Guida italiane per la gestione del bambino con faringotonsillite.[8] I 5 messaggi ritenuti di maggiore rilevanza sono stati quindi riassunti nella Tabella 1 riportata a seguire.

La principale ricaduta attesa nella pratica clinica dalla diffusione dei 5 messaggi è la diffusione di un uso razionale degli antibiotici.

Questi, infatti, devono essere somministrati solamente nei bambini con comprovata faringite da Streptococco-β-emolitico di Gruppo A, che rappresentano solamente circa il 30% del totale.[8] Inoltre, il documento promuove l'impiego di antibiotici a spettro ristretto, quali l'amoxicillina, limitando così la diffusione di resistenze e l'incremento dei costi.[8]

	Choosing Wisely: la gestione del bambino con faringotonsillite
1	**Non richiedere indagini ematochimiche**
	Gli indici di flogosi non sono utili perché non differenziano con sicurezza le forme batteriche da quelle virali, in quanto possono essere incrementati anche in alcune infezioni provocate da virus. La determinazione del titolo anti-streptolisinico e degli anticorpi anti-DNA-asi sono utili per la diagnosi di complicanze post-streptococciche non suppurative, come la malattia reumatica e la glomerulonefrite, che si verificano a distanza di settimane dall'infezione acuta da *Streptococcus pyogenes*, ma non sono di alcuna utilità al momento della faringotonsillite acuta. **Bibliografia** • Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58. • Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009;79:383-90.
2	**Non somministrare terapia antibiotica se prima non è stata eseguita conferma microbiologica di infezione da *Streptococcus pyogenes* con test rapido o esame colturale**
	La maggior parte delle faringotonsilliti sono di origine virale e non richiedono terapia antibiotica. Clinicamente non è possibile distinguere le forme virali dalle altre. È pertanto necessaria un'indagine microbiologica (test rapido o coltura) per selezionare i bambini con infezione streptococcica, che sono gli unici a necessitare di terapia antibiotica. L'esame deve essere effettuato solo nei bambini con sintomi suggestivi, in accordo con le raccomandazioni delle Linee Guida italiane, al fine di evitare di trattare i portatori sani. Il test rapido o l'esame colturale non devono essere ripetuti alla fine del ciclo terapeutico. **Bibliografia** • Lean WL et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014;134:771-81. • Gunnarsson MS et al. In primary health care, never prescribe antibiotics to patients suspected of having an uncomplicated sore throat caused by group A beta-haemolytic streptococci without first confirming the presence of this bacterium. Scand J Infect Dis. 2012;44:915-21.
3	**Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale, l'antibiogramma non deve essere eseguito**
	A oggi in tutto il mondo lo *Streptococcus pyogenes* è sempre risultato sensibile alla penicillina e ai suoi derivati. L'esame di sensibilità agli antibiotici incrementa i costi senza fornire benefici in termini di scelta di terapia antibiotica. **Bibliografia** • van Driel ML et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;30:CD004406. • Chazan B et al. Susceptibility of Group A Streptococcus to Antimicrobial Agents in Northern Israel: A Surveillance Study. Microb Drug Resist. 2015;21:551-5.
4	**Non accorciare la terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni**
	In base ai dati della Letteratura la terapia di prima scelta rimane amoxicillina 50 mg/kg/die in 2 o 3 somministrazioni per 10 giorni. Soltanto una terapia di 10 giorni è associata con sicurezza a una effettiva riduzione del rischio di malattia reumatica. In caso di problemi di aderenza alla terapia per 10 giorni è utilizzabile la penicillina benzatina per via intramuscolare. **Bibliografia** • Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58. • Falagas ME. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials . Mayo Clin Proc. 2008;82:880-9.
5	**Non somministrare steroidi**
	La somministrazione di steroidi, mascherando alcuni segni o sintomi, potrebbe portare a un ritardo nella diagnosi di patologie che, seppur rare, possono essere molto gravi, quali linfomi e altre neoplasie. **Bibliografia** • Sadowitz PD et al. Adverse effects of steroid therapy in children with pharyngitis with unsuspected malignancy. Pediatr Emerg Care. 2012;28:807-9.

Tabella 1. *Choosing Wisely*: le 5 cose da non fare nel bambino con faringotonsillite acuta

Bibliografia

1. Wolfson D et al. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the Choosing Wisely campaign. Acad Med. 2014;89:990-5.
2. Jung N et al. The "Choosing Wisely": initiative in infectious diseases. Infection. 2016;44:283-90.
3. American Academy of Pediatrics. Ten Things Physicians and Patients Should Question. Disponibile al sito web: http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-pediatrics . Ultimo accesso 10 ottobre 2016.
4. Principi N et al. Antimicrobial stewardship in paediatrics. BMC Infect Dis. 2016;16:424.
5. de Bie S et al; ARPEC study. Using Prescription Patterns in Primary Care to Derive New Quality Indicators for Childhood Community Antibiotic Prescribing. Pediatr Infect Dis J. 2016 Sep 12. [Epub ahead of print].
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net) . Disponibile al sito web: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx. Ultimo accesso 10 ottobre 2016.
7. Chiappini E et al; Italian Society of Preventive and Social Pediatrics. Rational use of antibiotics for the management of children's respiratory tract infections in the ambulatory setting: an evidence-based consensus by the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics. Paediatr Respir Rev 2014;15:231-6.
8. Chiappini E et al; Italian Panel on the Management of Pharyngitis in Children. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.

Per contattare l'autore **Elena Chiappini**:
elena.chiappini@unifi.it

XXIX Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

1000 GRADINI PER IL FUTURO DEI BAMBINI

SIPPS
Società Affiliata alla SIP

Società Italiana di Pediatria

14-17 Settembre 2017
NH Laguna Palace - Venezia

CONSIGLIO DIRETTIVO SIPPS

Presidente
Giuseppe Di Mauro

Vice Presidenti
Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello

Consiglieri
Salvatore Barberi, Roberto Berni Canani, Elena Chiappini, Valerio Nobili, Elvira Verduci

Segretario
Maria Carmen Verga

Tesoriere
Emanuele Miraglia del Giudice

Revisori dei Conti
Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza

Direttore Responsabile RIPPS
Giuseppe Saggese

Responsabile rapporti con Enti e Istituzioni
Luca Bernardo, Franco Locatelli

Responsabili di Educazione alla Salute e Comunicazione
Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli

Junior Members
Lucia Diaferio Pietro Falco

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

iDea congress
Piazza Giovanni Randaccio, 1 - 00195 Roma
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
E-mail: info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SIPPS
SOCIETÀ AFFILIATA ALLA SIP
Società Italiana di Pediatria

LUCI OMBRE ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

28 Aprile - 1 Maggio 2017
Hotel Royal Continental, Napoli

Consiglio Direttivo SIPPS

Presidente
Giuseppe Di Mauro

Vice Presidenti
Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello

Consiglieri
Salvatore Barberi, Roberto Berni Canani, Elena Chiappini, Valerio Nobili, Elvira Verduci

Segretario
Maria Carmen Verga

Tesoriere
Emanuele Miraglia del Giudice

Revisori dei Conti
Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza

Direttore Responsabile RIPPS
Giuseppe Saggese

Responsabile rapporti con Enti e Istituzioni
Luca Bernardo, Franco Locatelli

Responsabili di Educazione alla Salute e Comunicazione
Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli

Junior Members
Lucia Diaferio, Pietro Falco

Segreteria Organizzativa e Provider

iDea congress
Piazza Giovanni Randaccio, 1 - 00195 Roma
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
E-mail: info@ideacpa.com-www.ideacpa.com