

il Medico Pediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Direttore esecutivo
Pier Luigi Tucci

Direttore responsabile
Luciano Ragno

Comitato direttivo
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra
Nuccio Giancola
Alfio Raciti Longo
Rinaldo Missaglia
Maria Grazia Catellani

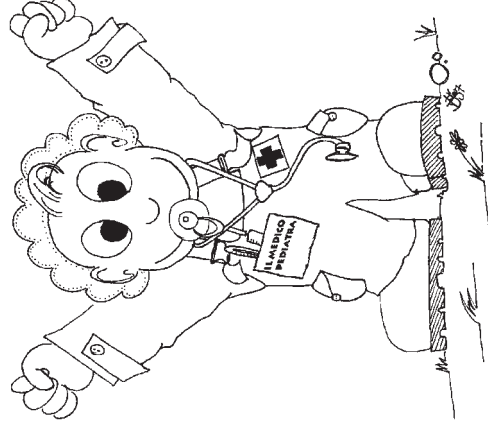
Comitato di redazione
Paolo Becherucci
Antonio Clemente
Valdo Flori
Milena Lo Giudice
Giorgio Meneghelli

Comitato dei garanti
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra

Impaginazione e grafica
Valdo Flori
Fabrizio Sodini

Pubbliche relazioni
Pino Mele

Redazione
Lucia Castelli



Edizione
Pacini Editore SpA
Via Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
www.pacinionline.it

© Copyright by
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Cadore, 18
50142 Firenze

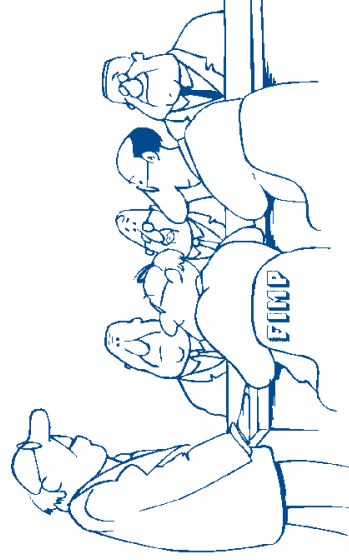
fimp

Federazione Italiana
Medici *Pediatr*

Il Medico Pediatra - Redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche
Via A. Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050/3130262 Fax 050/3130300
Redazione: Lucia Castelli
lcastelli@pacinieditore.it
<http://www.pacinionline.it>

Dott. Pier Luigi Tucci
Via Cadore, 18
50142 Firenze
Tel. 055 7331094
Fax 055 7333581
ilmedicopediatra@fimp.org



Gli estratti saranno forniti, a pagamento, per trattativa diretta dell'Editore con gli Autori.



Testata volontariamente sottoposta a certificazione e diffusione in conformità
al Regolamento C.S.S.T. - Certificazione Stampa Specializzata Tecnica.
Per il periodo 1/1/2003-31/12/2003

Tiratura media: 9017

Diffusione media: 8159

Certificato C.S.S.T. n. 2003-767 del 25/02/2004

Società di Revisione: PKF Italia

Tiratura del presente numero: 9000

INDICE

EDITORIALE

Il Pediatra di Famiglia e il Dolore - Pier Luigi Tucci

pag. 45

CLINICA & RICERCA

Il Dolore nella Scienza - L.A. Pini

» 46

Il Dolore tra empatia e Scienza - M.G. Castellani, N. Lugli

» 54

Dare Parole al Dolore - M.G. Castellani

» 57

Il Dolore: l'esperienza di un genitore - C. Neri

» 60

Farmaci Antidolore per il bambino - A. Messeri

» 62

Prescrizione dei farmaci Oppioidi Antidolore - V. Flori

» 63

Strategie non farmacologiche per il controllo del dolore del bambino
S. Caprilli, A. Messeri

» 64

Il Dolore in Omeopatia e Fitoterapia - T. Di Giampietro

» 68

ATTUALITÀ

Un Pediatra, un giallo - E. Solito

» 71

I bambini poveri dell'Andhra Pradesh - L. Caielli

» 72

TEMI DI APPROFONDIMENTO

Campagna per il corretto dosaggio di fluoro al bambino con relativa mappatura delle acque - Pier Luigi Tucci

» 76

Campagna per la Diagnosi Precoce del bambino allergico - Pier Luigi Tucci

» 78

L'Accademia Europea di Allergologia e Immunologia Clinica - A. Muraro

» 79

Il Medico Pediatra è il giornale di tutti i Pediatri di Famiglia Italiani

Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP

Pacini Editore, ai sensi ed in conformità con l'art. 10 Legge 31 dicembre 1996 n. 675, informa che i dati relativi agli indirizzi dei pediatri che ricevono Il Medico Pediatra sono archiviati nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e saranno utilizzati solo per l'invio della rivista.

**Nel caso di cambio di indirizzo,
comunicare il nuovo al SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP
che provvederà ad inviarlo alla Pacini Editore all'indirizzo
abbonamenti@pacinieditore.it c.a. Manuela Mori**

Il Medico Pediatra è aperto a qualsiasi contributo per ampliare il dibattito sindacale e per arricchire la cultura della Pediatria di Famiglia

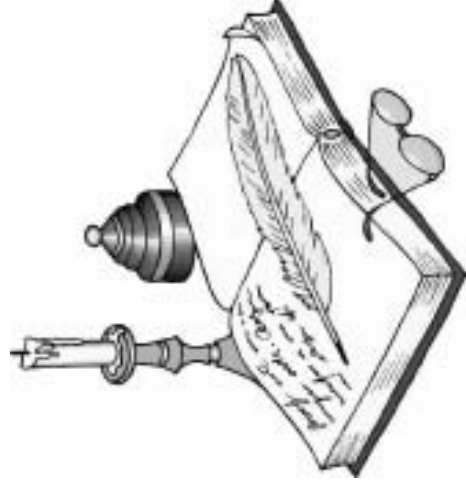
I contributi possono essere redatti in forma di articoli, lettere, recensioni (da congressi, lavori, libri...).

La lunghezza dei contributi dovrà essere concordata con la redazione che, nei limiti delle esigenze editoriali, metterà a disposizione tutto lo spazio necessario.

I lavori a carattere scientifico dovranno essere corredati di bibliografia (ove esistente), riassunto e parole chiave.

Le lettere dovranno limitarsi a non più di una pagina.

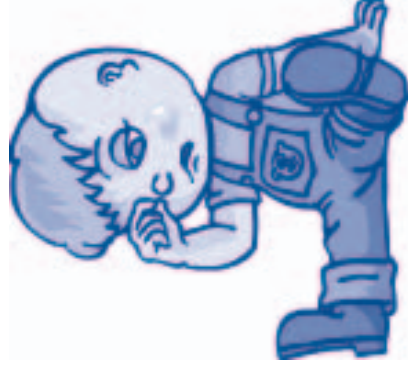
Gli articoli possono essere inviati per posta elettronica a:
ilmedicopediatra@fimp.org



Il Pediatra di Famiglia ed il Dolore

Pier Luigi Tucci

Presidente Nazionale Fimp



L'occasione di un Congresso a Modena sul dolore ci ha dato lo spunto per presentare su *Il Medico Pediatra* una serie di contributi che permettano al Pediatra di Famiglia di avere chiavi di lettura di un problema, il dolore in età pediatrica, che dopo una lunga fase di sottostima e sottovalutazione da parte di tutti gli operatori sanitari, sta suscitando sempre maggior interesse.

Il Pediatra, che si confronta quotidianamente col dolore, sconta, come e forse più degli altri medici, la mancata formazione sul piano culturale e relazionale sull'argomento. Questa situazione non è oramai più accettabile. Non lo è da un punto di vista etico e deontologico, perché il "garantire la protezione e le cure necessarie al benessere del bambino" richiede necessariamente comprendere che il dolore può e deve essere ridotto al massimo livello possibile; significa sapere che gli studi più recenti anticipano e amplificano gli effetti di percezione e danno del dolore già in utero, che la gestione da parte del Pediatra di Famiglia del sintomo dolore si sta spostando verso nuovi scenari, che insieme al dolore acuto coinvolge il dolore ricorrente, il dolore cronico, il dolore da procedura, il dolore postoperatorio, scenari legati sia ad una maggior presa in carico e gestione del paziente a livello territoriale, sia a nuovi modelli organizzativi e gestionali dell'ospedale.

Non lo è dal punto di vista dell'approccio, perché il dato clinico del dolore non può essere visto come fenomeno prevalentemente biologico o come semplice fatto psicologico, ma deve essere letto in una matrice complessa d'interazioni biologiche, psicologiche e sociali.

Non lo è dal punto di vista della sua valutazione, perché "il dolore dalla parte del bambino" è oggi meglio valutabile per la presenza di scale adeguate sui versanti fisiologici, comportamentali, o di opinione. Non lo è dal punto di vista terapeutico, perché da un lato abbiamo un armamentario di farmaci più specifici, potenti, e meglio conosciuti nei loro meccanismi d'azione, e conseguentemente meglio modulabili, e dall'altro abbiamo la possibilità di mettere in atto strategie comportamentali da parte dei Pediatri, dei familiari, dei bambini stessi quando possibile, sicuramente efficaci sul versante psicologico del controllo del dolore.

Il dolore è un mistero, e lo è ancor più il dolore innocente dei bambini. Sta anche a noi, insieme ai nostri bambini, cercarne una risposta e un significato. Sta a noi agire professionalmente perché il bambino abbia il massimo di risposte funzionali al suo bisogno di ridurre il carico di sofferenza.

Il Dolore nella Scienza

Luigi Alberto Pini

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

La Scienza può essere definita come un tipo di conoscenza che contiene in sé il metodo di verifica delle proprie enunciazioni. L'autorevolezza della scienza si basa quindi sulla verifica della metodologia di ricerca che fornisce gli enunciati o le prove a supporto delle affermazioni conclusive.

Nel nostro tempo l'aggettivo scientifico nella sua accezione più comune è divenuto spesso sinonimo di provato e quindi vero, inteso come oggettivamente, incontrovertibilmente, assolutamente reale. Tutto ciò che può fregiarsi di questo attributo "scientifico" diventa nella gergalità giornalistica paradossalmente apodittico. Un'affermazione che in qualche modo è stata resa oggettiva, misurata, quantificata e quindi vera.

Secondo questa interpretazione appare difficile applicare un'etichetta di scientifico ad un'esperienza personale e soggettiva come il dolore, che nella sua stessa definizione semantica, che pure si è mutata nel tempo e nelle culture sino ad arrivare alla massima indeterminatezza nel termine inglese di *pain*, che arriva a significare ogni dolore e sofferenza o disagio o anche fastidio nel linguaggio mondiale della rete.

La ubiquitarietà e la generalità della esperienza del dolore non hanno impedito, o forse hanno obbligato, le varie società ed epoche a normare in qualche modo il dolore: da strumento educativo a parametro di virtù (la storia del ragazzo spartano che si fa mordere a morte dalla volpe, ma senza un lamento, esempio scolastico di ambedue questi strumenti), alla necessità del dolore per il superamento dei riti di passaggio adolescenziali (anch'essi ubiquitari e in tutte le epoche), alla capacità del dolore di scacciare il male assoluto (la tortura dell'inquisizione che tuttavia infliggeva dolore a scopo di espiazione e purificazione dal maligno), sino alla accezione moderna del dolore come valore assolutamente negativo che deve essere debellato. Ebbene in molte di queste situazioni la gestione del controllo del dolore veniva in parte affidato a figure istituzionali, che, proprio per il loro ruolo formale, necessitavano di una classificazione e misura di valutazione del dolore

per stabilirne i limiti e la durata e correlarlo allo scopo della loro funzione.

La Preistoria

Nelle culture primitive il dolore è percepito ed interpretato come la dimostrazione dell'intrusione del divino nella vita fisica. La malattia, la paura, la morte sono eventi non direttamente correlati alla fisicità del dolore indotto dalla ferita che in qualche modo è un evento *naturale* e comprensibile nel mondo visibile.

Sciamani e stregoni sin dagli albori dell'umanità imparano a gestire il dolore in modo "oggettivo" somministrando dolori o analgesici quando necessario. Un intervento chirurgico di un guerriero non necessitava di analgesici, poiché la sopportazione del dolore era parte delle prerogative del guerriero, o i dolori del parto erano dovuti.

Invece l'esperienza di soffrire dolori non direttamente collegati ad una causa immediatamente riconoscibile (esempio una ferita infettata, o un dente cariato che improvvisamente, da un certo momento in poi, duole) sembrano causati da altri e non visibili fattori. Quindi questo tipo di dolore in qualche maniera ci rappresenta l'intrusione nel nostro mondo di un qualcosa (spirito, ente, maledizione) dell'altro mondo. Da qui la valorizzazione del dolore come esperienza del non conoscibile in altro modo e quasi unico tramite di contatto con il mondo degli spiriti.

Il guaritore diviene quindi automaticamente sciamano e tramite ed interprete tra questo e l'altro mondo. L'uso delle erbe magiche (allucinogeni e narcotici con potenti azioni farmacologiche) è sempre rigidamente ritualizzato e le conoscenze relative rigidamente e gelosamente custodite dalla persone, per questo *sacre*.

Ma una persona anziana o molto malata poteva essere aiutata a sopportare questo tipo di dolore legato alla presenza dell'altro mondo, e semi di oppio e di canapa sono stati ritrovati in sepolcri mesopotamici per accompagnare, assieme ai semi di grano o riso, il viaggio del defunto nel tragitto.

Quindi il guaritore-sacerdote aveva la potestà di definire un dolore che poteva essere alleviato, il come ed il quanto. Lo sciamano-guaritore, in qualche modo è il depositario della conoscenza e contemporaneamente del dolore.

L'Antico Egitto

In epoca egizia la scienza medica applicava invariabilmente la teoria dell'*okhdu* per allontanare dal corpo le sostanze che causavano dolore attraverso le urine, le feci, lo sputo e il pus. Inoltre, e permane ancora nelle campagne egiziane, venivano praticati clisteri per facilitare questa liberazione. Ma i medici del faraone applicavano anche rimedi precisi per lenire il dolore. Il freddo era uno dei rimedi preferiti; un coccodillo di ceramica freddo poteva alleviare il male di testa e la pietra di Memfi in presenza di acido acetico produceva anidride carbonica sufficiente a indurre una anestesia da freddo indispensabile per la fimosi in età adulta o per amputazioni di arti. Inoltre questi medici conoscevano l'oppio e l'estratto di salice, che verrà riscoperto di nuovo dalla medicina occidentale duemila anni dopo. La scuola medica egiziana è alla base della successiva evoluzione greca e Ippocrate e Galeno studiano ad Alessandria nella famosa biblioteca

L'Antica Grecia

Nella cultura greca coesistono due grandi correnti culturali, i seguaci di Epicuro e gli stoici:

- ogni piacere deve essere goduto, ogni dolore respinto (epicurei);

- sopporta e rimani impassibile (stoici).

Nei 72 volumi del *Corpus Hippocraticum* (il testo che poi divenne la base della medicina occidentale), del V secolo si legge che “lo scopo primario dell'arte medica è di liberare i malati dalla sofferenza”, e la parola dolore (*odunè algèma*) sono citate circa 1000 volte in quanto per Ippocrate il modo in cui paziente esprime il dolore è elemento fondamentale per formulare la diagnosi e la prognosi. La medicina ippocratica quindi sottolinea la finalità del dolore, cioè lo scopo che questo fenomeno ha per indicare uno squilibrio in qualche parte del corpo.

Ippocrate descrive le cause del dolore come “freddo nei soggetti a temperamento caldo, caldo a quelli freddi, umido in quelli a costituzione secca”; ancora lo associa al prevalere dei gli umori “amaro, dolce, acido ecc” o a squilibrio della “digestione” degli umori interni, sangue, flegma, bile e atrabile.

Ciò non di meno Ippocrate conclude con indicazioni terapeutiche assai più razionali, consigliando l'uso di diverse piante medicinali con azione analgesica come la Mandragora, il Giusquiamo, la Belladonna e il Papavero.

Nel secolo d.C. Celso ritiene che il dolore abbia la funzione di indicare l'esistenza di un fatto patologico e nei suoi scritti fornisce un elenco abbondantissimo e dettagliato di rimedi a scopo analgesico. Successivamente Galeno riconosce l'esistenza dei nervi che possono condurre gli stimoli e specificatamente anche il dolore attraverso un passaggio di un fluido sottile detto pneuma psichico. Nella concezione galenica ogni sensazione presuppone una modificazione interna (*alloiosis* o *metabolai*). Una volta che l'organismo ha assimilato il cambiamento, anche il dolore e la sua coscienza scompare: è questo il motivo per cui una malattia ad evoluzione molto lenta può non provocare dolore (es. tubercolosi o tumore).

Il Cristianesimo

L'impori del Cristianesimo modifica il significato dell'esperienza dolorosa, in base all'assunto che il dolore è inviato da Dio per mettere alla prova lo spirito così che il dolore diviene un possibile mezzo di redenzione. Infatti, la redenzione di Cristo si fonda sull'accettazione dell'esperienza del dolore, e basta entrare in qualunque chiesa per potere osservare collezioni di eventi dolorosi, dalla crocifissione ai martiri più crudeli. Inoltre nell'Alto Medioevo si diffuse la pratica, che perdura ancor oggi, delle pratiche di autoinduzione del dolore per mortificare la carne e fortificare lo spirito (cilici, flagellanti ecc.). Queste pratiche tuttavia conservano il primordiale concetto del dolore come manifestazione della intrusione del divino (spirito o demone) che andava esorcizzato ed il dolore ne era il prezzo.

Per questa ragione il dolore va accettato e sopportato con rassegnazione.

Il Mondo Islamico

I primi mussulmani ripresero alcune indicazioni presenti nel Corano, ma Maometto stesso raccomandò di affidarsi ai medici professionisti per curare le malattie e Amro Ibn El Ass contattò il prete Gianni, famoso predicatore copto, che portava avanti la tradizione medica egizia. Ma la sistematizzazione della cultura medica e del trattamento del dolore è di Ibn-Sina, da noi chiamato Avicenna che intorno all'anno 1000 per primo mise in discussione la concezione galenica dell'uomo e introdusse il concetto di trattare il dolore ricercandone la causa attraverso una diagnosi accurata. Per questo introdusse farmaci che inducevano il sonno associati agli analgesici, variando le porzioni a seconda delle diagnosi. Questo rappresentava per il tempo una rivoluzione del pensiero, introducendo un criterio totalmente immanente del dolore, mentre nel

mondo cristiano il dolore veniva ancora percepito come parte della punizione divina legata al peccato originale dell'uomo. Anche per questo Avicenna veniva considerata un eretico molto pericoloso.

Contemporaneamente, probabilmente ripresa in modo approssimativo dalla cultura cinese, Avicenna ricorda l'utilità della cauterizzazione delle ferite per prevenire le infezioni e trattare le ferite infette e molto dolenti. Da qui la pratica della cauterizzazione per togliere il dolore. Tale pratica, la *moxa* cinese, non era però sostenuta da un'accurata conoscenza dei punti dell'agopuntura, e gli effetti erano il più delle volte peggiorativi della sintomatologia. La moxibustione è una pratica cinese, poi diffusa anche in Giappone dove assunse alcune peculiarità, consiste nell'applicazione diretta di un bastoncino di artemisia a lenta combustione su determinate aree della pelle corrispondenti ai punti dell'agopuntura. Tale applicazione dovrebbe potenziare l'azione analgesica dell'agopuntura tradizionale. Una variante è l'applicazione del bastoncino acceso ad un ago infisso nel punto prescritto dalla medicina cinese (*moxa* indiretta).

Il Rinascimento

Ma è nel 1644 che Cartesio nei "Principi di filosofia" descrive l'esperienza del dolore, lo inserisce nel concetto del corpo come macchina e definisce la causa del dolore come dovuta "alle particelle del fuoco che si muovono rapidamente e agitano gli elementi del nervo e da qui la sensazione arriva al cervello". Cartesio ritiene che i nervi, che immagina come corde che muovono le campane, poiché sono stati tagliati entrano in *agitazione* e quindi possono fare *suonare le loro campane*. Un'ulteriore importantissima osservazione si rifà all'esistenza dei dolori da arto fantasma, cioè di quei dolori che vengono percepiti in un arto che è stato amputato; per giustificare questa sensazione dolorosa in mancanza dell'elemento periferico scrive che "il dolore alla mano non viene percepito nell'anima in quanto è nella mano, ma in quanto è nel cervello".

I Lumi

Il medico inglese Sydenham spiega il dolore come uno squilibrio di spirito animale in una parte del corpo, che duole, purché vi siano dei nervi. Di seguito si interessa dell'isteria e l'ipocondria, e quindi dalle relazioni tra corpo e spirito e conclude che le "malattie nervose sono caratterizzate da dolore errante e da globo isterico". Questa idea porta Sydenham a concludere che esista in qualche modo un *uomo interno*, che governa e presiede il corpo. Questa intuizione verrà poi sviluppata nei secoli succes-

sivi sino ai grandi neurologi del XIX secolo che identificano nel cervello le aree di rappresentazione del corpo e designano l'*homunculus* cerebrale.

Nel 1700 però il grande dibattito filosofico e l'affrancamento dal pensiero aristotelico-tomistico, non stimola lo studio del dolore, che viene inglobato nelle questioni morali e negli accidenti materiali, sino ad arrivare alla Rivoluzione Francese che riporta, per merito dei medici militari la scienza a considerare il dolore come un fattore importante e da curare. Paradossalmente il più famoso esempio di questo interessamento è la costruzione e diffusione della ghigliottina, che evita strazianti dolori al condannato alla decapitazione.

Nella prima metà del XIX secolo continua ad essere diffusa tra i medici la concezione che il dolore sia co-esistente alla malattia e inevitabile, ed è diffusa l'induzione del dolore a scopo antalgico (un dolore scaccia l'altro) con varie pratiche, tra cui la combustione di cotone infisso nella cute. Questa pratica veniva però applicata con una metodologia molto approssimativa rispetto alle regole della medicina cinese nell'ignoranza dei punti dell'agopuntura e quindi senza produrre alcuna riduzione del dolore ed inoltre con la quasi certezza di indurre ustioni che spesso si infettavano con gravi e, a volte, tragiche conseguenze. Così la moxibustione divenne la famigerata *moxa* che terrorizzava i malati e Valpeau nel 1840 poteva affermare "Evitare il dolore con mezzi artificiali è una chimera".

Viceversa, tra alcuni chirurghi (pochi), soprattutto militari che operano nelle sanguinosissime battaglie delle guerre napoleoniche (durante le quali decine di migliaia di feriti morivano tra atroci sofferenze nell'arco di 3-14 giorni), si diffonde l'idea che sia non solo pietoso risparmiare il dolore, ma anche utile per migliorare la prognosi degli operati.

La scoperta del gas esilarante (il protossido d'azoto) introduce il primo esempio praticabile di anestesia per operazioni di breve durata, ma la cosa non viene accettata immediatamente e la mortalità legata ai mezzi rudimentali di dosaggio e somministrazione dell'anestetico fa dire che si muore per evitare il dolore e di nuovo si introduce nel dibattito il valore salvifico del dolore.

Nel 1803 viene isolata la morfina come principio attivo e da allora l'uso degli oppiacei illustra molto bene la duplicità del dolore con un mezzo, la morfina, che può controllare il dolore e dare il piacere proibito della tossicomania.

Gli studi di fisiologia del dolore si sviluppano con il progredire della scienza, ma la maggior parte dell'interesse è rivolto alla trasmissione dell'impulso dolorifico e a identi-

ficare le strutture nervose ed in seguito biochimiche che vengono coinvolte, mentre si attenua il dibattito teorico sul significato del dolore sino ad arrivare ai giorni nostri. Questa logica che focalizza tutta l'attenzione al risultato della terapia e che trascura, in qualche modo, il malato si fonda sulla concezione ottimistica della scienza positivista che misura il proprio agire, e cui sottende un rapporto medico-paziente di subordinazione.

L'epoca attuale

La scienza, come organizzazione razionale del sapere basata sulle evidenze sperimentali e la medicina, come applicazione della conoscenza scientifica da sempre ha studiato il dolore. L'attuale definizione del dolore è la seguente: "Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a un danno tissutale reale o potenziale, o descritto in termini di tale danno" (IASP 1975). Questa definizione si presta a diverse interpretazioni, ma implica il fatto che per provare dolore è necessario essere coscienti della sensazione stessa. Il concetto di dolore in stato d'incoscienza (*unconscious pain*) è un concetto ancora in discussione.

Quindi il dolore, secondo questa definizione scientifica che è anche quella accettata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo ne apprende il significato attraverso esperienza correlata ad una lesione. Può essere riferito un dolore anche in assenza di danno tissutale e, in tal caso, se l'individuo considera la propria esperienza come dolore, bisogna parlare di dolore.

Questo concetto del dolore come esperienza inevitabilmente soggettiva è fondamentale per comprendere l'enorme variabilità delle interpretazioni e significati alla parola dolore dati nei diversi luoghi e nei diversi tempi. Infatti non dobbiamo dimenticare che le acquisizioni della cultura occidentale in questo tema non sono ubiquitarie, specie nella suddivisione di dolore fisico e psichico, come afferma in uno studio recente Worsley. Infatti l'idea che i dolori, soprattutto quelli che si presentano con caratteristiche insolite, siano frutto di una interferenza con il soprannaturale gode ancora di un grande fascino nelle varie popolazioni. Queste persone non credono che le malattie siano causate solamente da fattori naturali, ma pensano ad una interdipendenza tra forze naturali e soprannaturali, sociali e le persone stesse (Worsley, 1997).

Classificazione del dolore

Come abbiamo visto sopra il dolore, per semplicità di

esposizione potrà essere classificato a seconda del punto di partenza come periferico o centrale.

Il *dolore periferico* origina dalle terminazioni sensoriali che vengono stimolate in modo eccessivo e trasmettono ai centri superiori una quantità di impulsi molto alta. Questo aumento degli impulsi viene interpretato come dolore.

È anche possibile stimolare alcune terminazioni specifiche che trasmettono solo impulsi dolorifici e che sono sempre interpretati come dolorosi, indipendentemente dalla quantità di stimoli. Il problema è legato al fatto che gli impulsi che sono trasmessi sono impulsi elettrici come tanti altri e possono essere modificati da varie condizioni. Per esempio a livello del midollo spinale ci sono delle sostanziazioni che servono ad amplificare il segnale periferico, oppure a ridurre il segnale stesso. Quindi uno stesso segnale in un caso potrebbe essere trasmesso come dolore, e nell'altro come sensazione tattile o non percepito. Il dolore che si origina quindi dalle strutture periferiche ed è trasmesso dai nervi si potrà chiamare dolore neurogenico o periferico.

Il *dolore centrale* invece inizia all'interno del sistema nervoso centrale è definito come una *disfunzione centrale*. Esempi di questo sono l'emicrania, i dolori cosiddetti psicogeni, ma anche malattie del sistema nervoso centrale (di solito non tumorali) (Boivie, 1996).

Un'altra classificazione può essere fatta valutando la funzione dei nervi e le loro patologie:

- *dolore nocicettivo* è un dolore nel quale i nervi normali trasmettono al cervello informazioni relative a lesioni dei nervi o tessuti;
- *dolore neuropatico* è un dolore nel quale ci sono lesioni dei nervi secondarie ad altre malattie del sistema nervoso centrale o periferico (Jensen, 1996). Molte di queste erano in passato considerate malattie psicogene, mentre ora si considerano neuropatiche di origine centrale. La IASP definisce dolore centrale come "un dolore iniziato o causato da lesioni primarie o disfunzioni nel sistema nervoso centrale" (Merskey, Bogduk, 1994);
- *dolore cronico*: è una esperienza molto diffusa e spesso legata a patologie dei muscoli e delle strutture annesse. Ma oggi sappiamo che il dolore cronico è caratterizzato da alterazioni della funzione del sistema antidolorifico del SNC e questa importante scoperta ci consente di introdurre questa importante variabile nella valutazione del dolore persistente: coloro i quali soffrono a lungo di un dolore cronico con il passare del tempo lo percepisce di più, perchè calano le loro difese intrinseche.

Le vie del dolore

Il dolore prodotto dalla stimolazione periferica dei nervi arriva sino al midollo spinale, esattamente a livello delle corna posteriori, e qui il segnale subisce una modificazione d'intensità a seconda di vari fattori, locali o da impulsi che scendono dal cervello. Quindi il segnale così modulato è inviato al cervello dove subisce ancora una o due manipolazioni e infine è percepito dalla corteccia cerebrale. Solo allora percepiamo dolore, come è stato stabilito nella conferenza della IASP a Vancouver nel 1996.

Nel cervello c'è il centro del Dolore?

Attualmente possiamo affermare con una certa sicurezza che non c'è un unico centro per il dolore. Infatti con indagini PET (*Positron Emission Tomography*), che ci permettono di vedere le cellule ed i nuclei cellulari quando si attivano, si è potuto vedere che a seconda della sede, intensità e caratteristiche del dolore, sono numerose le zone nelle quali si attivano neuroni dopo una stimolazione dolorosa.

Sappiamo però che le varie aree del corpo inviano i loro segnali a zone specifiche del cervello. Uno schema più dettagliato è il seguente, dove sono indicate le aree attivate dal dolore secondo la Mappa Topografica di Brodman (tra parentesi).

1. Aree della corteccia sensoriale e motoria (1-4)
2. Corteccia premotoria (decisione del movimento) (6)
3. Altre parti della corteccia parietale (7 e 37-40)
4. Altre aree della corteccia frontale (8-10 e 43-47)
5. Cingolo (24 e 32)
6. Insula (14)
7. Corteccia occipitale (19)
8. Talamo, nucleo caudato putamen ipotalamo, amigdala, grigio periacquedottale, ippocampo, nucleo roso, puvinar e verme cerebellare.

Da questa analisi si deduce che tutto il cervello è il centro del dolore, e non vi è un centro di controllo singolo. Possiamo piuttosto dire che il dolore pervade tutto il cervello, ne modifica le funzioni emotive, cognitive e i comportamenti. Viceversa tutte queste funzioni possono influire sul dolore: esso è quindi parte inscindibile del nostro vissuto personale.

Intensità del dolore

Un problema fondamentale nel pensiero scientifico è la possibilità di quantizzare con scale numeriche i fenomeni da studiare. Poiché il dolore determina una sensazione che come abbiamo visto è la somma di fenomeni fisici, emotivi e culturali, la possibilità di dare una classificazione numerica dell'evento è di non facile realizzazione. Si

sono prodotte nel tempo numerose scale di valutazione che hanno seguito le filosofie e ideologie dominanti nei vari periodi storici, ma negli ultimi anni si è giunti ad un accordo internazionale per definire alcuni metodi, apparentemente semplici e potenzialmente applicabili nella maggior parte delle situazioni per cercare di rendere il fenomeno dolore più facilmente confrontabile e studiabile. **L'intensità del dolore viene valutata attraverso l'uso di scale e test di diverso tipo:**

- Scale verbali VRS (Verbal Rating Scale) dolore lieve, forte, fortissimo, insopportabile.
- Scale numeriche descrivono il dolore su una scala da 0 a 10 o da 0 a 100.
- Scale analogiche visive (VAS = *Visual Analogic Scale*) definite da una linea retta di 10 cm con ad un estremo la dizione dolore assente dall'altro dolore insopportabile.

Il paziente sceglierà una parola, un numero o una sede che corrisponde al suo dolore.

Esistono anche test che valutano oltre alla pura componente sensoriale gli aspetti emotivi-affettivi della nozione.

I test più utilizzati sono il *Mc Gill Pain Questionnaire* ed il Questionario Italiano del Dolore (QUID). Come valutazione dell'impatto del dolore sull'attività quotidiana molto usato il *Brief Pain Inventory*. Oltre al programma iniziale questi sistemi sono utili per il monitoraggio dell'attività terapeutica. A tal proposito la compilazione di diari da parte del paziente sarà molto utile nell'ottimizzazione della terapia.

Le donne sentono il dolore diversamente rispetto agli uomini?

Sembra che gli estrogeni modifichino la produzione di sostanze che regolano la percezione del dolore come prostaglandine, e ossido nitrico, una sostanza che è implicata nella sensazione del dolore acuto. Inoltre gli estrogeni certamente regolano il tono vasale e probabilmente influiscono anche sul controllo del sistema degli oppioidi endogeni che sono i principali controllori delle sensazioni dolorifiche. Pertanto le donne in età fertile presentano probabilmente una sensibilità dolorifica che è diversa da quella degli uomini, anche se queste variazioni non sono molto grandi e sono di solito compensate o modificate dalle componenti emotivo-culturali e sociali delle differenze di genere.

Il dolore nel bambino

La valutazione del dolore nel bambino presenta peculiarità rispetto all'adulto per una serie di motivi e condizionamenti che sono variati nell'arco dei secoli ed anche nelle diverse culture contemporaneamente.

A titolo esemplificativo basterà citare due opinioni espresse da alcuni degli insegnanti e dei genitori coinvolti nella ricerca. La prima è che il bambino, rispetto all'adulto, ha una forza intrinseca che gli permette di dimenticare più facilmente gli eventi dolorosi e di avere quindi maggiori capacità di recupero. La seconda è che l'adulto deve porsi di fronte al bambino come una fonte di speranza e di ottimismo. Deve perciò evitare di affrontare con lui temi dolorosi come quelli della morte e della malattia, per non apparire agli occhi del bambino come una persona triste o depressa.

Queste due opinioni fanno riferimento, in modo più o meno implicito, ad un concetto di forza legato alla capacità di dimenticare o, in ogni caso, alla capacità di negare alcuni aspetti della realtà (Pagani, 1992).

A fronte ad una così contraddittoria definizione del dolore infantile gli insegnanti si trovano in una posizione di gran difficoltà anche in relazione alle problematiche di interpretazione delle modalità espressive del dolore legato a fattori culturali e ancor più in presenza di bambini provenienti da culture radicalmente differenti dalla nostra, e spesso non riescono a percepire la manifestazione del dolore cronico, che si esprime attraverso comportamenti evitativi (non voglio fare ginnastica, non voglio camminare, piuttosto che ho male alla gamba) e interpretare questi comportamenti come un rifiuto o in qualche modo una limitazione della partecipazione scolastica, legata a fattori strettamente socioeconomici o psicologici o famigliari.

Un'altra figura direttamente coinvolta nelle interpretazione e valutazione del dolore-sofferenza del bambino è il pediatra, che ha tra i suoi principali compiti quello di eliminare il dolore quanto più possibile. In alcuni studi significativi è stato ben documentato che un importante percentuale di bambini viene trattata in modo inadeguato (Schechter, Berde, Yaster, 1993). Questo appare legato a molteplici fattori, che potremmo così riassumere:

- il preconcetto che bambini, specie i più piccoli non sentano il dolore come gli adulti, o che se lo sentono non ne capiscono il significato;
- mancanza di una valutazione e ri-valutazione del dolore;
- incomprensione su come il bambino concettualizzi o quantifichi una tale esperienza soggettiva;
- mancanza di conoscenza sulle modalità specifiche di trattamento;
- l'idea che trattare il dolore nei bambini porti via troppo tempo e fatica;
- il timore degli effetti collaterali o la possibilità di indurre una dipendenza;
- idee personali sulla capacità del dolore di fortificare il carattere.

Questa lista è stata stilata dalla Associazione Americana di Pediatria nel 1998 e forse vale la pena di cercare di capire come si sia giunti a tali comportamenti che sono tutt'ora ampiamente diffusi, non solo tra i medici pediatri, che dovrebbero essere tra i più attenti a questo problema, ma siano un patrimonio culturale ampiamente diffuso.

Cartesio ritiene che il neonato nasca con un sistema nervoso ancora immaturo e quindi non in grado di trasmettere gli stimoli nel modo corretto e che solamente con il successivo accrescimento il sistema dei nervi si svilupperà compiutamente e l'infante potrà essere in grado di percepire e comprendere tutti gli stimoli, compreso quelli dolorifici. Questa impostazione è una premessa importante per giustificare l'idea che nel neonato e poi in misura crescente nel bambino piccolo la percezione del dolore fosse assente, o fortemente ridotta, in ogni caso talmente diversa da giustificare la applicazione del dolore, in opportune quantità (a definizione variabile), fosse non solo permessa, ma anzi auspicabile per un buon sviluppo dell'infante.

Sicché sino a pochissimi anni fa le punizioni corporali erano ammesse nella civilissima Inghilterra ed il concetto che un poco di dolore aiuti a sviluppare meglio la organizzazione mentale o morale è ancor oggi molto diffuso. Questa concezione si basa sul presupposto che la percezione del dolore, cioè la sua elaborazione sensoriale ed emotiva, differisca dal bambino all'adulto, per la incompleta capacità elaborativa dello stimolo da parte del bambino. Lo stesso vale per l'animale o, paradossalmente, anche per la donna per la quale il dolore viene considerato *isterico*, cioè proprio della donna, oppure psicogeno e quindi immateriale (anche se nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità questa differenza non dovrebbe esistere) al segno che si possa affermare in forma proverbiale "quando il marito torna a casa picchi la moglie: un qualche motivo ci sarà". Affermazioni che in realtà non sono correlate con il dolore direttamente (infilgo dolore per punizione al bimbo o alla donna a scopo educativo), ma semplicemente come affermazioni di potere. Il potere di infliggere dolore.

Il concetto Cartesiano che il bambino sviluppa una anima cosciente (e quindi in grado di capire, giudicare e fare scelte morali) con il passare del tempo e non alla nascita non era mai stata messa in discussione, poichè era in linea con la concezione tomistica: il bambino molto piccolo non era in grado di giudicare quindi non poteva peccare né fare del bene e la sua anima incompleta andava nel Limbo, entità emblematica del non-essere. Quindi anche il piacere ed il dolore, con quanto di etico è legato a queste esperienze era in qualche modo sospeso i questa

età dell'innocenza. Il concetto era tanto diffuso e radicato che un grande osservatore della natura, come Isaac Newton interpreta le smorfie di dolore del bambino come un semplice riflesso dettato dalla mancanza di esperienza e lo paragona alle smorfie degli animali o dei dementi negando a queste contrazioni muscolari significato specifico di coscienza. Questa interpretazione arriva sino alla fine del XIX secolo quando Paul Emil Flechsig a Lipsia inizia a studiare in modo sistematico l'embriologia e scopre che i processi di mielinizzazione delle fibre nervose avvengono in tempi diversi, alla nascita non tutti i processi sono completati. Inoltre la maturazione morfologica delle cellule nervose di diversi nuclei avviene dopo la nascita. Questa scoperta, accoppiata alla conoscenza che la mielinizzazione delle fibre nervose ne modifica la funzionalità (le fibre mielinizzate conducono lo stimolo in modo molto più veloce delle altre) suggerisce che le percezioni del neonato e dell'infante sono incomplete e in ogni caso minori rispetto a quelle dell'adulto. Non solo: le aree che si mielinizzano prima sono quelle corrispondenti alle strutture filogeneticamente più primitive, (quelle animali) e quelle proprie dell'uomo e delle conoscenze sono più tardive.

Queste scoperte sembrano quindi confermare l'intuizione Cartesiana e si diffondono all'inizio del secolo scorso nella coscienza comune.

Nel periodo tra le due guerre mondiali si diffuse una corrente di pensiero definita dolorismo, termine originariamente dispregiativo, che assumeva come motto "soffro dunque sono", e teorizzava "i dolori estremi, in particolare quelli del corpo, come stimoli senza pari per un ideale purificato e ricreato da ognuno" (Teppe, 1935). Passa la guerra con tutti i suoi dolori e sofferenze, ma André-Thomas nel 1952 ancora può scrivere: "Alla nascita, le varie parti del nevrasse non hanno ancora tutte raggiunto lo stesso grado di maturazione. La corteccia è molto in ritardo rispetto agli stadi di sviluppo dei centri sottocorticali. Lo è ancora di più fisiologicamente e biologicamente se pensiamo che per funzionare appieno la corteccia deve prima registrare una notevole quantità di stimoli afferenti...in breve per acquisire interamente la nozione di sé e la coscienza".

A queste elucubrazioni si oppone il contemporaneo e grande chirurgo del dolore Leriche, che ricorda come "il dolore evidenzia soltanto una piccola parte della malattia e spesso, quando la accompagna, non serve che a fuorviarci. Al contrario in alcuni casi cronici, esso sembra rappresentare tutta la malattia (e quindi non è essenziale per la diagnosi delle malattie) che, senza dolore, non esisterebbe. Nonostante questa cruda realtà i medici amano dire che il dolore è una reazione di difesa, un avvertimento

opportuno, che ci mette in guardia, che è utile e necessario" (Leriche, 1956).

Contemporaneamente, compaiono studi che dimostrano che le fibre amieliniche trasmettono anch'esse stimoli contraddicendo, almeno in parte le affermazioni di André-Thomas, ma i medici ed i chirurghi continuano ad essere convinti che nel primo anno di vita non sia possibile paragonare il dolore dei bambini piccoli a quello degli adulti. Le grida di dolore ed il pianto venivano tenuti in poco conto e paragonati a semplici riflessi, come quelli ottenuti da animali talamici (cioè decorticati) ed infatti, affermavano, i bambini non ricordavano i dolori. In quegli anni era uso corrente praticare paracentesi, artrotomie, ridurre la torsione del funicolo spermatico e addirittura interventi sull'addome senza anestesia.

Sappiamo, anche perché la ricerca psicologica lo ha dimostrato, che il bambino, fin dai primi mesi di vita, percepisce, elabora e ricorda, attraverso modalità diverse secondo il suo livello di sviluppo, quanto avviene intorno a lui e dentro di lui, ivi compresi gli eventi dolorosi (Pagani, 92). Solo negli anni '60 si sviluppa appieno l'idea del sistema di controllo discendente del dolore che gioca una parte predominante per la comprensione della variabilità individuale, e solo nel 1974 viene pubblicata la teoria del gate control, di questo cancello selettivo a livello spinale che modula gli impulsi attraverso una prima elaborazione degli stessi e in relazione alle informazioni che provengono dai centri superiori, dalla corteccia cerebrale e quindi in qualche modo decidono la quantità d'impulsi che saranno poi elaborati a livello superiore. Successivamente sono state individuate le altre *stazioni* di controllo dell'impulso dolorifico, soprattutto per quello acuto.

Ancor più recente è la acquisizione che il dolore cronico è biochimicamente e anatomicamente elaborato da diversi sistemi rispetto all'acuto, giustificando gli insuccessi terapeutici in queste situazioni e ponendo le basi per ulteriori possibilità terapeutiche in presenza di quei dolori cronici che sono per gran parte poco controllabili e profondamente distruttivi per la qualità della vita dei pazienti.

Un altro esempio potrebbe racchiudere emblematicamente questo paragrafo. Circa un anno fa un illustre medico della nostra regione, competente e interessato al problema dolore, in un convegno medico si domandava. "in che cosa si differenzia il dolore del bambino?" e rispondeva "1- il bambino di pochi anni non sa esprimere una sensazione così complessa come il dolore, e allo stato attuale non possiamo dimostrarlo. 2- lo sviluppo neurofisiologico dell'infante è incompleto. 3- il bambino presenta una diversa risposta ai farmaci antidolorifici".

Questa visione del dolore oggi non si discosta sostanzial-

mente dalla visione cartesiana. Non solo riconosce che il bambino ha una modalità diversa di comunicare il dolore, ma dichiara anche che il dolore non è misurabile, in qualche modo quindi non valutabile scientificamente, e questa impossibilità scientifica lascia un dubbio sulla realtà dell'evento. E conclude infine che il bambino "non sa esprimere il dolore", e non coglie, come medico, la contraddizione del fatto che seppure il bambino non sapesse esprimerlo, starebbe a noi trovare il modo di comprenderlo. Infine ricorda che il dolore infantile è così diverso, poco conoscibile ed inoltre anche il nostro agire, la terapia, non segue i comportamenti classici, è oggettivamente più difficile e non alla portata di tutti. I bambini che hanno dolore sono tanti, ma i possibili curatori sono però pochi. Questo esempio ci conferma che la storia del dolore nella scienza nel sviluppare le conoscenze e le ricerche è stata nei secoli condizionata in modo diretto dal significato culturale che questa esperienza rappresentava e quindi non è ipotizzabile una conclusione definitiva su questo argomento che essendo strettamente connesso con la esperienza vitale non sarà mai possibile oggettivarlo, misurarlo e in qualche modo, archiviare la definizione estraniata dall'esperienza individuale.

Bibliografia

- André-Thomas. *Etudes neurologique sur nouveau-né et jeune nourisson*. Paris: Masson 1952.
- Besson JM. *The neurobiology of pain*. Lancet 1999;353:1610.
- Leriche R. *Souvenir de ma vie mort*. Paris: Seuil 1956.
- McGrath PA, Brigham MC. *The assessment of pain in children and adolescents*. In: Turk DC, Melzack R (Editors). *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press 1992:295-314.
- Pagani C, Robustelli F. *Gli atteggiamenti del bambino nei riguardi della morte*. Bambini 1986;1:12-19.
- Pagani C. *L'oro dei bambini. Analisi della comunicazione tra il bambino e l'adulto e tra gli adulti in genere sul problema della morte e della malattia*. Bambini 1992;10:24-35.
- Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris: Editions La Decouverte 1993.
- Schechter NL, Berde CB, Yaster M. *Pain in infants, children, and adolescents: an overview*. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M (Editors). *Pain in infants, children, and adolescents*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins 1993:3-9.
- Siegele DS. *Pain and suffering. The gate control theory*. Am J Nurs 1974;74(3):498-502.



Il bambino, la famiglia, il Pediatra

Il Dolore tra empatia e Scienza

M.G. Catellani, N. Lugli
Pediatre di Famiglia, Modena

Il Pediatra di famiglia è interessato all'argomento dolore nel bambino pur con i limiti imposti dalla scarsità di proposte formative istituzionali riguardanti sia il tema in sé, sia le terapie disponibili, convenzionali e non. La maggior parte dei Pediatri si rende conto che è fondamentale interessarsi del problema, così come instaurare una terapia per evitare, a causa nel mancato intervento, le ben note conseguenze sui genitori (diffidenza verso il medico, sensi di colpa nei confronti del figlio per non averlo protetto), sul bambino (timore per occasioni future di dolore, sfiducia nei confronti del medico e dei trattamenti, effetti duraturi nel tempo come: terrore, disturbi del sonno, ecc.) nonché nel Pediatra stesso (sensi di colpa, riduzione dell'empatia).

Nella pratica quotidiana poi, il Pediatra si scontra con una serie di pregiudizi che è importante individuare poiché sono operanti e si traducono nell'atteggiamento e nella verbalizzazione dei genitori nonché, a volte, degli operatori sanitari stessi.

In ambito pediatrico i *pregiudizi* sono riferiti per lo più:

- ad una supposta incapacità del bambino a provare dolore con la stessa intensità dell'adulto; mentre noi sappiamo che più il bambino è piccolo più avverte acutamente il dolore a causa della immaturità, dei meccanismi nervosi alla base della trasmissione del dolore, perciò buon principio da trasmettere al genitore è che ciò che è doloroso per l'adulto lo è ugualmente per il bambino;
- alla rapidità del bambino nel dimenticare le esperienze dolorose e alla altrettanto rapida possibilità di guarigione dalle malattie acute;
- in relazione alla terapia farmacologica del dolore, i pregiudizi più frequenti sono riferiti alla non necessità di terapia del dolore e alla possibilità che il bambino si intossichi più facilmente dell'adulto con gli analgesici.

È quindi necessario che il Pediatra combatta questi pregiudizi così diffusi attraverso una maggior informazione ai genitori sia sull'argomento dolore sia sulla necessità della terapia analgesica.

Non solo l'interesse scientifico del Pediatra per il dolore del bambino è importante ma anche la partecipazione

empatica è fondamentale perché l'esperienza dolorosa è strettamente legata alle emozioni (Definizione di dolore della I.A.S.P.: Dolore come sgradevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a reale o potenziale danno tissutale o descritta in termini di tale danno).

Il Pediatra deve tener conto anche del fatto che l'elaborazione psicologica del dolore è influenzata dalla cultura e dalla storia del bambino e della famiglia.

L'elemento emozionale è inoltre altamente presente come causa di richiesta di intervento del Pediatra poiché il dolore del bambino è uno dei motivi di maggior preoccupazione del genitore.

La *capacità empatica del Pediatra* è messa alla prova anche dalla necessità di cogliere i segnali di dolore nel bambino in età prelogica, incapace di descrivere verbalmente le esperienze dolorose, e dall'alta incidenza di visite pediatriche nelle quali sono evidenziate situazioni di dolore psicologico.

L'empatia è una chiave di lettura dei comportamenti umani e può essere definita come l'esperienza di "provare dentro" ciò che l'altro sente. Essa permette di portare aiuto, conforto, comprensione, supporto e per realizzarsi necessita della presenza di tre elementi fondamentali:

- riconoscimento delle emozioni dell'altro. È una esperienza non soltanto cognitiva, quanto relazionale, essendo il risultato di una disponibilità all'apertura all'altro, ad accettare le sue emozioni senza paure e negazioni;
- rappresentazione del vissuto dell'altro. Significa tener conto che gli altri, anche in situazioni simili, hanno modi individuali di sentire, diversi dai nostri;
- risonanza emotiva. È l'esperienza di condivisione dell'emozione.

Infine non si può parlare di empatia senza tener conto anche dell'esistenza di codici sociali di censura delle forti emozioni con rischio elevato di comparsa negli operatori sanitari di difese.

Nella pratica ambulatoriale del Pediatra queste premesse si possono tradurre in uno schema di osservazione che, per analogia con il PBLs, tenga conto di tre elementi:

1. Guardo

L'osservazione terrà conto di aspetti fisiologici e comportamentali legati allo sviluppo del bambino e misurati attraverso scale di valutazione variabili con l'età del bambino.

- Bambino 0-1 anno:*
- respiro, F.C., T.A.;
 - osservazione del comportamento (irritabilità, disturbi del sonno, agitazione, scarso appetito, pianto par-ticolare) secondo i dati di sviluppo per l'età:
 - senso dell'estensione protettiva da parte del genitore;
 - sensibilità all'ambiente fisico;
 - ansietà da presenza di estranei.
- Bambino 1-3 anni:*
- respiro, F.C., T.A.;
 - osservazione del comportamento secondo i dati di sviluppo per l'età:
 - percezione della propria individualità;
 - autoafferma-zione;
 - paura della separazione e del dolore per l'esperienza pregressa.
- Bambino 3-5 anni:*
- respiro, F.C., T.A.;
 - osservazione del comportamento (isolamento, regressione comportamentale) secondo i dati di sviluppo per l'età:
 - forte concetto di sé;
 - pensare magico, imitazioni;
 - chiara paura del dolore e della deformità.
 - Scala di Valutazione del dolore (scala a faccine).
- Bambino 5-10 anni:*
- respiro, F.C., T.A.;
 - osservazione del comportamento secondo i dati di sviluppo per l'età:
 - capacità di ragionamento e compromesso;
 - comprensione delle funzioni del corpo umano;
 - acquisizione di esperienze di autocontrollo;
 - paura di deformità e morte.
 - Scala di Valutazione del dolore (Scala numerica).
- Adolescente:*
- respiro, F.C., T.A.;
 - osservazione del comportamento secondo i dati di sviluppo per l'età:
 - autoderminazione;
 - capacità di prendere decisioni;
 - importanza del gruppo dei compagni;
 - importanza dell'immagine corporea;
 - paura di perdere l'autonomia, di perdere il riferimento dei compagni, paura della morte.
 - Scala di Valutazione del dolore (Scala numerica).

2. Ascolto

La verbalizzazione del dolore nel bambino cambia in relazione al livello di sviluppo.

- Bambino 0-1 anno:*
- linguaggio minimo;
 - pianto significativo.
- Bambino 1-3 anni:*
- maggior sviluppo del linguaggio recettivo: comprensione migliore rispetto all'espressione;
 - pianto anticipatorio al tentativo di portare il bambino dal medico;
- Bambino 3-5 anni:*
- buona capacità espressiva;
 - verbalizzazione dei timori e delle fantasie.

- Bambino 5-10 anni:**
- pieno sviluppo del linguaggio;
 - verbalizzazione del dolore come conseguenza di ferita o malattia.
- Adolescente:**
- espressioni verbali (e somatiche) rivelatrici di paura del dolore;
 - esagerazione dei sintomi.

3. Sento

Riguarda la capacità di recepire ciò che di “non verbale” cioè di non detto, trasmettono il bambino e la famiglia e può riguardare diversi ambiti:

- la preoccupazione dei genitori per il dolore provato dal bambino;
- le modalità con le quali si vive il dolore nella famiglia in particolare in relazione a esperienze dolorose precedenti;
- la capacità di espressione del dolore all'interno della famiglia e il “lessico” del dolore;
- il significato più profondo dell'esperienza dolorosa per quella famiglia;
- le strategie difensive messe in atto;
- i riferimenti, culturali, religiosi, ecc., messi in atto nella famiglia.

Dopo un'osservazione e una valutazione ampia ed attenta il Pediatra potrà utilizzare a scopo terapeutico alcune procedure semplici applicabili nel proprio ambulatorio:

- garantire sempre la presenza, al fianco del bambino, del genitore;
- utilizzare metodi fisici:
 - contatto fisico da parte del genitore;
 - modalità adeguate di contatto del Pediatra;
 - ambiente adeguato.
- ◊ Termoterapia/crioterapia.
- ◊ Anestetici locali, crema EMLA.

- utilizzare metodi cognitivo-comportamentali con lo scopo di influenzare l'immaginazione ed i pensieri del bambino;
 - ◊ Distrazione attiva:
 - nel bambino di età inferiore ai 6 anni: giochi, oggetti, canto materno, musica;
 - nel bambino di età superiore ai 6 anni:
 - ◊ conversazione, “storie speciali”, giochi.
 - ◊ immaginazione: ha lo scopo di aiutare il bambino a sopportare il dolore concentrandosi su esperienze positive vissute o immaginarie.
 - misure alimentari e igieniche importanti, per esempio nella emicrania o nell'insonnia;
 - terapia farmacologica.

In conclusione possiamo individuare alcuni principi ispiratori dell'intervento del Pediatra di famiglia sul dolore:

- informare il bambino e la famiglia, per ottenere la loro partecipazione;
- individualizzare l'intervento poiché ogni bambino ed ogni famiglia vive una esperienza peculiare;
- far scegliere, non appena possibile, al bambino le modalità di intervento;
- utilizzare un approccio empatico.

Bibliografia

- 1 Bonino S, Lo Coco A, Tani F. *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*. Firenze: Giunti Editore 1998.
- 2 Eland J.M. *Minimising injection pain associated with prekindergarten immunisations*. Issues in comprehensive pediatric nursing 1982;5:361-72.
- 3 Fowler-Kerry S, Lauder JR. *Management of injection pain in children*. Pain 1987;30:169-75.
- 4 International Association for the Study of Pain. Subcommittee of Taxonomy. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Pain 1979;6:249-52.
- 5 Ivani G. *Terapia del dolore nel bambino*. Firenze: Società Editrice Europea 2000.
- 6 Mc Grath PA. . New York: Guildford Publications 1990.

Dare Parole al Dolore

Maria Grazia Catellani
Pediatra di Famiglia, Modena

*“Se allevierò il dolore
o guarirò una pena
o aiuterò un pettirosso caduto
a rientrare nel nido
non avrò vissuto invano”.*

E. Dickinson

Al Convegno di Modena del 5-6 Marzo 2004, nella sessione dedicata ai Pediatri, agli infermieri, agli psicologi ed agli operatori sanitari che a vario titolo si occupano del bambino si è voluto anche dare spazio alle testimonianze di genitori di bambini con patologie gravi, con handicap, agli operatori che si occupano di bambini svantaggiati, di bambini che vengono da paesi che fino a poco tempo erano solo luoghi geografici e che ora si affacciano alla nostra esperienza quotidiana con il loro carico di storie dolorose fatte di abbandoni, di lontananze a volte di violenze. Abbiamo cercato non solo di parlare, ma di ascoltare, per dare parole al dolore, come dice il titolo del Convegno. Dare parole al dolore, un dolore che noi Pediatri di base conosciamo bene nel nostro lavoro quotidiano. Eppure a volte passiamo accanto al dolore senza vederlo, perché è un dolore troppo coinvolgente, e preferiamo non vederlo, scotomizzarlo perché non siamo preparati ad accoglierlo e contenerlo.

È il dolore dei bambini travolti dalla guerra e dalla violenza in ogni parte del mondo, dei bambini sfruttati, vittime di violenze sostituiti, uccisi, che vediamo quotidianamente sugli schermi della televisione e che ci spinge a premere il pulsante per cambiare canale, per non vedere. È il dolore dei bambini stranieri che ora arrivano nei nostri studi: bambini che non conosciamo e per i quali non abbiamo le parole per capire e per farci capire. È il dolore dei bambini con malattie gravi, dei bambini con handicap e disabilità, degli adolescenti anoressici che vediamo nei nostri ambulatori.

Il dolore del bambino autistico, che, avendo dentro di sé un dolore intollerabile, ricorre alla difesa estrema della non parola, e si chiude in una gabbia rifiutando ogni emozione ed ogni affetto. Sappiamo che ormai il lavoro del Pediatra di famiglia è fatto anche di questo, soprattutto di questo, dal momento che ogni Pediatra ha in carico dagli 80 ai 100 bambini e adolescenti con patologie croniche o con situazioni di sofferenza psicologica o sociale

Un dolore forte è in grado di sconvolgere il Pediatra, che spesso non ha gli strumenti di conoscenza per sopportarlo e per affrontarlo.

Durante questo convegno abbiamo avuto modo di riflettere anche e soprattutto su noi stessi, sulle nostre esperienze e sui nostri dolori, molti interventi ci hanno riportato alla memoria ricordi della nostra infanzia. È stato detto più volte, ma vale sempre la pena di ricordarlo, che quando parliamo di dolore, parliamo di noi stessi e riflettiamo su noi stessi e non si può capire il dolore di un bambino se non riusciamo a ricordare i dolori della nostra infanzia. E ci sono i piccoli dolori, quelli che noi consideriamo tali, quelli delle malattie acute (quelle che portano a correre in PS), delle pratiche diagnostiche più banali, che causano nel bambino piccolo e nell'adolescente ansia, stress, paura. Ho detto prima “affrontarlo”, perché si dice così “affrontare il dolore”, perché il dolore è un mostro del quale non solo il bambino, ma anche il suo Pediatra ha paura, se non ha le armi per difendersi e per difendere il suo paziente.

Il dolore nell'infanzia risente di molti pregiudizi culturali, etnici, religiosi: nella rappresentazione retorica delle immagini il bambino è associato alla gioia, anche perché è molto difficile tollerare il binomio bambino/dolore. L'ansia legata al dolore nel bambino è esorcizzata dai pregiudizi:

- il bambino soffre meno dell'adulto;
- il bambino non serba ricordo dell'esperienza dolorosa;
- il dolore è un'esperienza utile e necessaria per lo sviluppo della persona.

Siamo infatti abituati per cultura a curare la malattia che può causare il dolore, ma non a curare il dolore. Il dolore infatti non ci viene insegnato nel nostro curriculum di studi: fino ad alcuni decenni fa non veniva nemmeno riconosciuto che il bambino potesse provare dolore, e fino a pochi anni fa anche la letteratura sull'argomento era difficilmente reperibile.

L'aumento di procedure diagnostiche e terapeutiche dolorose (pensiamo alle endoscopie nella diagnostica gastroenterologica, alle punture lombari ripetute nei piccoli leucemici) è vertiginosamente aumentato in questi anni, senza che parallelamente sia cambiato l'atteggiamento nei confronti della analgesia e della sedazione.

Sappiamo che questo non è senza costi psicologici per il bambino e la famiglia: sono descritte turbe comportamentali protratte a seguito di gastroscopie eseguite senza sedazione ed un ex leucemico a 30 anni ricorda della sua malattia gli aspirati midollari e le punture lombari. Perché non si fa abbastanza per controllare il dolore nel bambino? Quali i motivi?

Oggi abbiamo a disposizione farmaci molto potenti e maneggevoli ma non sono registrati per l'analgesia pediatrica, ed inoltre l'incapacità del bambino ad esprimere

re il dolore induce il medico a sottovalutarlo. Il dolore è infatti un fatto non soltanto neurologico e biochimico, ma psicologico che per arrivare agli altri deve essere espresso.

Ed ecco questa cosa terribile del neonato, del bambino piccolo che prova dolore, ma non ha le parole per dirlo all'adulto. Ecco quella cosa terribile del bambino più grande, dell'adolescente con handicap che non riesce a dire a noi, al medico che potrebbe alleviarlo, il suo dolore.

Ci sono i segni, questi sì, ma ci sono stati insegnati i segnali della sofferenza?

È importante riflettere anche sul fatto che la sottovalutazione del dolore avviene proprio verso le categorie più fragili: gli anziani, i disabili, le minoranze razziali, i bambini, che hanno meno capacità di esprimersi e quindi di far valere i propri diritti.

Tutte queste considerazioni ci hanno portato a chiederci:

come ci comportiamo noi Pediatri di base nei confronti del dolore?

Questi dati riguardano una ricerca proprio condotta dalla FIMP:

è una ricerca ed una riflessione su noi stessi, sul nostro saper fare e saper essere.

Hanno risposto al questionario 260 *Pediatri* che rappresentano un buon campione sui 520 *Pediatri* operanti nella nostra Regione.

Che cosa faccio di fronte ad una patologia che può dare dolore:

- 27% fa una terapia antalgica;
- 66% non programma una terapia;
- 2 + 3% valuta;
- 1% prescrive farmaci al bisogno.

Se prescrivo una terapia che farmaci uso:

- 68% paracetamolo;
- 18% fans+ paracetamolo;
- 8% fans;
- 5% + 3% associazioni.

Di solito durante la visita spiego ai genitori cos'è il dolore del bambino e come si valuta:

- 50% sì;
- 40% qualche volta;
- 10% no.

Negli ultimi anni ho partecipato a corsi di aggiornamento sulle terapie antalgiche:

- 190% no;
- 110% sì;

Negli ultimi anni ho letto pubblicazioni mediche sul dolore nel bambino:

- 164% sì;
- 135% no;
- 11% NR.

A quale età è opportuno utilizzare farmaci analgesici:

- 10% 0-5 mesi;
- 145% 0-3 anni;
- 11% tutte le età;
- 16% 6-12m;
- 16% 3-6anni;
- 112% dopo i 3 anni;
- 12% mai;
- 112% NR.

Nel trattamento del dolore che tipo di farmaci uso:

- 180% solo i registrati;
- 110% anche non ind. Ped.;
- 15% anche non ind. Patologia;
- 11% non uso mai farmaci;
- 12% NR.

È importante sottolineare che i farmaci registrati per uso pediatrico sono pochissimi.

È sicuramente una lettura molto critica del nostro lavoro, ma sicuramente lodevole è stato il modo di grande sincerità con il quale i *Pediatratri* hanno risposto, dimostrando interesse per l'argomento nuovo, ma dichiarando senza ipocrisie anche le inadeguatezze.

E pensiamo che per migliorare si deve giudicare criticamente il nostro lavoro e andare avanti.

Emerge sostanzialmente da questi dati la carenza di informazione/formazione su questo argomento, una carenza culturale e scientifica insieme. Emerge soprattutto da quel 90% che risponde non ho mai partecipato a nessun evento formativo sulla terapia del dolore nel bambino, e dovremmo anche aggiungere alla risposta "perché non ci sono stati eventi formativi su questo argomento".

E questo *Pediatra* che noi abbiamo intervistato è sostanzialmente un *Pediatra* che sulla conoscenza del dolore e sulla terapia è un " *Pediatra* fai da te", sulla base della sua esperienza, delle sue conoscenze, del suo interesse (64% ha cercato trovato e letto qualcosa sull'argomento), ma nella

sua formazione specialistica non gli è stato mai insegnato come capire, come trattare il dolore nel bambino (è il *Pediatra* che si è avvicinato al dolore del bambino riflettendo sul proprio dolore e sui ricordi dolorosi della sua infanzia).

Crediamo che emerga anche con chiarezza una inadeguatezza dell'insegnamento universitario della *Pediatria* su questo argomento.

Non possiamo accettare che si continui ad uscire dalle Scuole di Specialità sapendo tutto sui microsomi della cellula di sindromi che hanno solo importanza aneddotica e non sapere come trattare il dolore, come riconoscerlo e pensare anche di aver formato dei buoni *Pediatratri*. E se noi confrontiamo queste risposte con i dati che sono emersi dalla rilevazione delle patologie croniche nel bambino in Emilia Romagna, effettuata dai *Pediatratri* di Base ed elaborata dai *Pediatratri* di Comunità, che rilevano una incidenza (sottostimata) del 7-11% di patologia cronica, comprendiamo bene che il dolore è un problema che ci troveremo sempre più spesso a dover affrontare nella nostra pratica quotidiana e che il cammino verso la conoscenza del dolore è appena iniziato.



Il Dolore: l'esperienza di un genitore

Cristiana Neri

Sono la mamma di un bambino di cinque anni al quale in dicembre 2002 hanno diagnosticato una LLA. La mia testimonianza è per dire che oltre al trauma della scoperta/diagnosi della malattia, il percorso di cura di un bambino malato di leucemia è doloroso per una serie di esami invasivi che vengono effettuati per i due anni di cura chemioterapica.

Il mio bambino è curato con il protocollo AIEOP 2000, applicato in tutta Europa ed in altri paesi associati, e quindi il mio percorso ritengo sia uguale a quello di molte altre mamme. Attualmente in Italia sono circa 1.400 i bambini malati di tumore che aderiscono ai protocolli AIEOP. Gli esami invasivi a cui accennavo prima sono le "punture", di vario tipo: *la sternale, la lombare, l'esame del sangue*. Le punture per i bambini sono sempre fonte di ansia e paura ma in questa cura ci sono anche punture dolorose, che provocano una sensazione di malessere fisico unita alla semplice paura.

La puntura sternale viene effettuata sul petto, con una sonda ed esclusiva crema antidolorifica, tenendo immobilizzato il bambino con tre/quattro infermiere, tale foro penetra l'osso dello sterno per prelevare liquido del midollo: di tali esami i bambini malati di leucemia ne devono eseguire sei, se tutto va bene, se cioè si rimane negli standard della cura. Sono pochissimi in Italia i centri che effettuano l'anestesia per tale prelievo. (sembra che ciò sia un costo per la struttura sanitaria, quindi meglio qualche urla ma che quadri il bilancio...).

La puntura lombare viene effettuata nel fondo schiena tra due vertebre della colonna vertebrale, con una crema anestetica locale, si dice che sia meno dolorosa della sternale, in quanto non viene forato un osso e manca la sensazione di sentirsi soffocare, ma (detto da un adulto) ci si sente tirare dentro, e comunque le urla per dolore misto a paura mio figlio le fa lo stesso: di tali esami la cura ne prevede circa una trentina.

Io ho sempre chiesto ai medici se esisteva un calmante o un antidolorifico per poter eseguire con più serenità que-

sti esami ma mi è stato sempre e solo risposto: "...al massimo le possiamo dare qualche goccina di valium". Poi dopo aver minacciato il trasferimento in un centro dove veniva effettuata la sedazione per la sternale, mi è stata concessa l'anestesia totale (solo per le sternali), mettendomi in guardia sempre sui grandi rischi che la stessa comporta, cercando di scoraggiare sempre al massimo la mia scelta.

Ma io mio chiedo: "Possibile che tra la goccina di valium e l'anestesia totale non ci sia nulla? Una via di mezzo non è possibile? Mi è sempre stato detto di no...ma ho sentito dire che in alcuni centri applicano forme di sedazione...".

Il dolore per mio figlio

Marcello vuole sempre che noi genitori gli comunichiamo il giorno prima quale tipo di esame deve fare. Gli esami del sangue li facciamo in media ogni quindici giorni e la sera glielo comunico: non vuole gli venga detto due volte perché allora si innervosisce e dice "lo so, lo so, non dirmelo più se no piango" e prima di dormire mi chiede di dire la preghierina per il buchino, perché ci sia l'infermiera brava che trova la vena al primo foro.

La lombare, ora che siamo nella fase della cura detta di mantenimento, la facciamo ogni otto settimane, e quando glielo diciamo, sempre la sera prima, notiamo che si innervosisce, ma non ne vuole parlare. Poi la mattina spesso esce di casa con la lacrima e dicendo: "non voglio andare,". Non si è ancora abituato all'idea (come hanno sempre sostenuto i medici), anche ora che ce ne mancano solo sei per finire.

Il dolore di Marcello ritengo venga esternato da questa specie di rifiuto a parlare degli esami, da frasi come: "io voglio solo giocare, lasciatemi giocare" e dalle urla e lacrime che inevitabilmente il momento della puntura provoca.

Il dolore per me

Il mio dolore più grande è sentirlo urlare e piangere, quando succede vorrei mangiarmi il medico di turno, e confesso che le punture lombari Marcello le fa tutte con il papà al trimenti mio figlio non sarebbe più seguito da un medico. Per le punture sternali abbiamo risolto con l'anestesia totale e il dolore per me è nell'ansia che Marcello si risvegli e vada tutto bene, perché con tutte le medicine che prende ho paura che possa succedergli qualcosa, e in questo nessun medico mi conforta.

Poi ho un dolore interiore che riaffiora in certi momenti, mi sogno Marcello che piange, rivivo il momento della prima sternale urla, urla e urla per quaranta minuti senza sosta e lui pallido, nudo, sudato avvolto in un lenzuolo bianco.

Sono convinta che in questo campo i medici debbano e possano fare ancora molto, aldilà della scusa del budget finanziario dell'azienda ospedaliera. Penso sia un problema di sensibilità e approccio al dolore che deve cambiare. Un medico un giorno mi ha detto "il dolore fa crescere, aiuta a superare con coscienza l'ostacolo da affrontare, mentre il farmaco contro il dolore è un palliativo che non insegna a gestire il dolore e...la vita è piena di dolori". Io sono contraria a questa teoria, soprattutto se applicata ad un bambino di cinque anni che ritengo avrà tutto il tempo per imparare a controllare il dolore.

Spero la mia testimonianza serva per sensibilizzare tutti gli operatori, per aiutare i bambini a soffiare un po' meno e per aiutare noi mamme a vivere un po' più serenamente accanto ai nostri bimbi malati.

Farmaci Antidolore per il bambino

Andrea Messeri

Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative A.O. Meyer, Firenze

Analgesici non-Oppiodi

Gli Analgesici non-Oppiodi sono utilizzati per il controllo del dolore lieve, o in associazione agli Oppioidi per il dolore da moderato a forte.

I più usati sono:

- **Paracetamolo:** 10-15 mg/kg ogni 4-6 ore per via orale;
- **Ibuprofene:** 5-10 mg/kg ogni 6-8 ore per via orale;
- **Naproxene:** 5 mg/kg ogni 8-12 ore per via orale.

Il *Paracetamolo* è il farmaco di scelta, in quanto non ha effetti collaterali gastroenterici ed ematologici ed è ben tollerato anche da neonati e bambini piccoli.

Analgesici Oppioidi

per il dolore leggero o moderato

Codeina Sopra ai 6 mesi: dose di partenza 0.5-1.0 mg/kg ogni 3-4 ore per via orale.

Sotto i 6 mesi: dose di partenza tra un quarto e un terzo della dose dei bambini più grandi.

La Codeina è di solito usata in associazione con il Paracetamolo: *Lonaid* o *Coefferalgan*.

Analgesici Oppioidi

per il dolore da moderato a forte

Morfina

Orale

Dose iniziale 0.2-0.3mg/kg ogni 4 ore, modificata sino al controllo del dolore.

Sono disponibili preparazioni a immediato rilascio (*Oramorph*) o a rilascio controllato (*Mscotin* e *Skenan*).

Nei bambini con meno di sei mesi di età si inizia con una dose tra 1/4 e 1/3.

Parenterale

L'infusione continua, endovenosa (ev) o sottocutanea (sc), è efficace, nel produrre un adeguato e costante effetto analgesico ad una dose compresa tra 10 e 50mcg/kg/h (in pratica si prende 0.5mg/kg e si porta a 50 ml di soluzione fisiologica e si infonde ad una velocità tra 1 e 5ml/h, 1ml/h = 10mcg/kg/h 2ml/h = 20mcg/kg/h e così via).

In alternativa, dosi intermittenti, inizialmente di 0.05-0.1 mg/kg possono essere somministrate ogni 2-4 ore via sc o ev.

Fentanyl

Cerotto

Il Fentanyl in forma di cerotto autoadesivo (*Durogesic*) è adatto per il dolore cronico. Il dosaggio minimo disponibile è quello che rilascia 25mcg/h, pertanto è da utilizzare nei bambini con peso sopra i 25-30 kg. Il tempo tra la applicazione ed il picco di effetto è di 8-12 ore; va sostituito ogni 3 giorni.

Prescrizione dei farmaci Oppioidi Antidolore

Valdo Flori

Pediatra di Famiglia, Firenze

Le modalità di prescrizione e di uso degli stupefacenti sono regolamentate dal DPR 309/90, modificato con la legge n° 12 del 8 Febbraio 2001 e dal DM 4/4/2003.

Sono previste modalità di prescrizione semplificate per alcuni farmaci Oppioidi Antidolore più usati per la cura dei pazienti con dolore severo (Tab. I).

Regole e modalità per la prescrizione

- Devono essere utilizzati appositi ricettari (Fig1), validi su tutto il territorio nazionale che tutti i medici (anche non convenzionati) devono ritirare presso gli uffici farmaceutici della ASL.
- I ricettari sono personali (in caso di sostituzione il sostituto deve utilizzare il proprio)
- Si deve riportare cognome e nome dell'ammalato.
- La ricetta può contenere fino a due preparazioni o dosaggi, per cure di durata non superiore a trenta giorni.
- Il numero di confezioni, il dosaggio, il modo ed i tempi di somministrazione possono essere indicati con numeri o contrazioni.
- Il numero di confezioni e il dosaggio devono essere indicati in tutte lettere.
- La ricetta dovrà essere compilata in copia unica per i farmaci non dispensati dal SSN e in tre copie per i farmaci a carico del SSN.
- Oltre il timbro è necessario indicare indirizzo e numero telefonico professionale del medico.
- La ricetta ha validità per trenta giorni.

Tabella I. Farmaci Oppioidi prescrivibili con modalità semplificate

Buprenorfina	Temgesic (fiale) Temgesic (cpr)
Codeina	Codeina (60 mg cpr, polv 1, 5, 10 mg) Coferalgan (cpr) Tachidol (scir, bust) Lonarid (supp, cpr)
Diidrocodaina	Paracodina (scir, gtt)
Fentanyl	Durogesic cerotto
Metadone	Eptadone (os fl)
Morfina	Morfina cloridrato (fiale 10,20,50 mg) Cardiostenol (fiale i.m.) Oramorph (scir, flac) Mscontin (cpr) Skenan (cps)

Strategie non farmacologiche per il controllo del Dolore del bambino

S. Caprilli, A. Messeri

Servizio Terapia del Dolore, Ospedale A. Meyer, Firenze

Il dolore è il più temuto sintomo di malattia e, pur essendo l'esperienza più traumatizzante vissuta dal bambino durante il ricovero ospedaliero, la sua valutazione ed il suo trattamento è stato a lungo ignorato ed anche negato. Solo recentemente il trattamento antalgico in pediatria e la sua prevenzione è diventata parte integrante della gestione standard dell'assistenza del piccolo malato. In un ospedale pediatrico il problema "dolore" si presenta sotto multiformi aspetti che devono trovare una risposta ben al di là della semplice somministrazione, peraltro importante, di farmaci analgesici. È infatti necessario un approccio integrato e multidisciplinare che permetta di capire, misurare e, quindi, adeguatamente trattare il fenomeno dolore in tutte le sue forme. Spesso accade che, oltre al dolore fisico vero e proprio, si debba trattare la paura e l'ansia che scaturiscono nei bambini dal semplice ingresso in ospedale.

All'interno dell'ospedale, attualmente, troppo spesso il problema del dolore è lasciato alla disponibilità e alla sensibilità culturale e umana dei singoli operatori. Accade così che talvolta si hanno risposte adeguate e tempestive, ma altre volte il problema è ignorato o non considerato a sufficienza. Inoltre spesso manca la fondamentale integrazione delle competenze necessaria per risolvere le problematiche complesse del dolore pediatrico.

I tipi di dolore

Le problematiche inerenti al dolore del bambino si possono schematizzare in:

- *dolore acuto*: ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione ed è essenzialmente rappresentato, in ospedale, dal dolore legato all'intervento chirurgico, ma anche dalle lesioni traumatiche cui spesso i bambini incorrono e per le quali vengono portati in pronto soccorso;

- *dolore da procedura*: particolarmente pauroso e ansiogeno per i bambini è il dolore da procedura. Il dolore da procedura ha una parte molto importante nella cura di alcune malattie, per es. nel trattamento della leucemia sono previste circa 20 o 30 tra punture lombari e aspirati midollari;
- *dolore cronico*: è ribelle ai comuni trattamenti. Ricorre nell'ambito di una malattia cronica più o meno grave, molto spesso limitativa per quanto riguarda la vita di relazione e talvolta mortale. In questi casi il dolore non può e non deve essere considerato solo un sintomo ma piuttosto una malattia nella malattia dove, oltre al dolore fisico, coesistono molte e differenti componenti che lo rendono spesso insostenibile. Un dolore cronico per antonomasia è quello oncologico.

Nel dolore cronico al di là della componente fisica vanno considerate anche diverse condizioni di sofferenza psichica:

- a carico del bambino: ansia, paura, disabilità in senso lato legata all'allontanamento dagli affetti, dall'ambiente familiare e dal gruppo sociale di appartenenza e alla necessità di adattarsi a un ambiente che non si conosce e ad una realtà nuova e per molti versi negativa, ecc.
- a carico della famiglia: sconvolgimento delle normali abitudini di vita, sorgere di difficoltà relazionali tra i membri della famiglia, problemi di lavoro ecc.

Il dolore è un'esperienza soggettiva con componente psicologica

Il dolore è un fenomeno soggettivo poiché, anche se negli esseri umani le vie nocicettive sono identiche, ad uno stesso stimolo doloroso varia molto la sensazione individuale. La cosiddetta "soglia del dolore" è estremamente diversa da bambino a bambino, anche in funzione dell'età e può cambiare con il passare del tempo, a seconda del-

le esperienze di vita. La definizione di dolore accettata a livello internazionale è quella dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (I.A.S.P.) che mette in primo piano il fatto che il dolore è una esperienza assolutamente soggettiva: “una esperienza emotiva e sensoriale spiacevole associata ad un danno tissutale in atto o potenziale o descritta in termini di tale danno”.

Il dolore è un'esperienza psicologica complessa dove i meccanismi cognitivi e affettivi sono spesso non meno importanti del danno di tessuti. L'aspetto emotivo, come quello cognitivo, è un fattore importante per effettuare ogni tipo di considerazione a proposito del dolore nei bambini. Un ruolo preponderante nel dolore del bambino è rappresentato dalla paura. Sappiamo infatti che durante le procedure mediche dolorose, come le aspirazioni di midollo osseo, la paura di quello che sta succedendo, senza alcun controllo sulla situazione, può esacerbare la percezione del dolore. Esiste inoltre una particolare forma di paura che è la cosiddetta “ansia anticipatoria” che si presenta quando il bambino sa che il giorno seguente o dopo poche ore dovrà essere sottoposto a una procedura (come un prelievo o una medicazione) che ha già effettuato, durante la quale ha provato dolore. Infatti le precedenti esperienze nocicettive giocano un ruolo molto importante a livello psicologico nel determinare come verrà vissuta la nuova esperienza. Il bambino ricorda molto bene l'esperienza dolorosa, cosa è accaduto, quanto ha sofferto, ed ha ragione di credere che sarà sempre così. È possibile osservare bimbi che cominciano a provare disagio, paura, ansia molto prima della procedura, quando cioè riescono a comprendere cosa li aspetta. Studi sperimentali hanno dimostrato che già all'età di 8 mesi si osserva segni dell'ansia anticipatoria

Il trattamento del dolore

Proprio per il fatto che il dolore è una esperienza soggettiva è necessario prevedere un approccio adeguatamente personalizzato alle esigenze del bambino e dei genitori. Gli interventi che possono aiutare i bambini a sopportare il dolore, le procedure dolorose, o paurose, sono essenzialmente interventi di tipo farmacologico, tecniche di tipo non farmacologico e strategie psicologiche. Considerato inoltre che il dolore coinvolge varie sfere della vita del bambino è anche opportuno prevedere un trattamento che sia multidisciplinare e integrato.

Le tecniche farmacologiche

La somministrazione farmacologica deve essere mirata e seguire le indicazioni fornite dalla OMS, prevedendo l'u-

so di diversi tipi di farmaci, a partire dal semplice ma tanto efficace paracetamolo fino alla morfina per arrivare alla sedazione ed in certe situazioni non esitare a ricorrere anche all'anestesia generale. I farmaci e le tecniche analgesiche a disposizione per il bambino non sono diverse da quelle utilizzabili nel paziente adulto e per una più dettagliata esposizione si rimanda a varie pubblicazioni sul tema.

Le tecniche non farmacologiche

È possibile ridurre lo stato di dolore anche attraverso specifiche tecniche non farmacologiche che prevedono il rilassamento e la distrazione.

Sono metodi che attraverso l'uso della sfera mentale permettono di raggiungere un livello di concentrazione psichica, e uno stato di rilassamento, con cui il bambino riesce a staccarsi mentalmente dagli stati di dolore fisico, ansia e paura legati alla malattia e/o alla procedura medica cui è sottoposto. Con la sospensione del giudizio critico il bambino diventa capace di focalizzare la propria attenzione su elementi immaginari in modo da dissociare lo stato mentale e riuscire a modificare le sensazioni di dolore. Con queste tecniche è possibile raggiungere un alto livello di rilassamento, fino a ottenere una vera e propria ipnoanalgesia. Tutti gli esseri umani tra cui i bambini, hanno una naturale capacità di entrare in uno stato di trance, un alterato livello di coscienza in cui l'attenzione è ristretta, focalizzata e assorbita. Nei bambini l'uso dell'immaginazione è un processo particolarmente facilitato poiché essi possiedono più labili confini tra fantasia e realtà e riescono ad effettuare rapidi passaggi mentali tra il mondo reale e fantastico. Infatti le tecniche di ipnoterapia si usano anche nel periodo pre-scolare, già a partire da 3 anni. Sono tecniche molto potenti che, usate in sinergia con gli analgesici permettono di ridurre il dolore acuto da procedura e il dolore cronico.

Vediamo adesso quali sono le principali tecniche di rilassamento psico-fisico.

Respirazione: favorire la respirazione nel bambino lo aiuta ad allontanare la paura e il dolore causato per esempio da un prelievo. Si incoraggia il bambino a fare dei respiri lenti e profondi e a buttare fuori la paura e il dolore con una nuvola rossa; oppure si usano le bolle di sapone.

Rilassamento: si può consigliare al bambino di tenere il corpo morbido e rilassato come un “budino”, partendo dalla muscolatura del collo fino alle braccia e alle gambe.

Visualizzazione: il bambino viene prima fatto rilassare, poi è guidato a immaginare una situazione e/o un luogo pre-

feriti in cui vorrebbe trovarsi. Concentrandosi sui particolari di ciò che ha immaginato, il bambino distoglie l'attenzione dall'angoscia, dalla paura e anche dal dolore da procedere. Questa tecnica può essere usata a partire dall'età di 4 anni in poi, sia per il dolore acuto, da procedere e cronico. Quando si applica la visualizzazione è importante cercare di catturare l'attenzione del bambino, stimolarlo a usare tutti i sensi e tenete sempre alto il suo interesse e la motivazione. Questo perché la mente del bambino deve essere il più possibile concentrata in modo che si allontani dalla percezione del dolore.

Desensibilizzazione: consiste nell'abbassare la sensibilità di una zona cutanea attraverso la concentrazione mentale. Dai 2 ai 6 anni si può usare la tecnica del "guanto magico", molto utile per i prelievi ematici e per l'inserimento di agocannula nella mano, in cui si simula di calzare un guanto invisibile, massaggiando dolcemente la mano, in cui verrà posizionato l'ago, in modo da desensibilizzarla dal dolore. Oppure per il bambino più grande (dai 9 anni in poi) si usa "la tecnica dell'interruttore": dopo il rilassamento si invita il paziente a visualizzare nella sua mente un interruttore in grado di abbassare la sensibilità al dolore della zona cutanea dove sarà fatta la procedura. Gli si spiega che possiamo focalizzare l'attenzione sugli interruttori che controllano l'invio dei messaggi di dolore e possiamo abbassarli, così che il corpo riceverà un diverso messaggio e percepirà meno dolore.

Distrazione: utilizzabile a partire da 2 anni in poi, la distrazione è una tecnica molto semplice e probabilmente molto usata da genitori e/o personale sanitario. Prevede

l'uso di oggetti quotidiani del bambino, adeguati alla sua età, che, entrando nel contesto ospedaliero, catturano la sua attenzione riducendo in alcuni casi la paura, l'ansia e il dolore. Usando durante la procedura dolorosa libri tridimensionali, giochi (anche personali portati da casa), video, bolle di sapone ecc. il bambino verrà impegnato mentalmente in attività a lui gradite. Bambole, pupazzi, libri, spade diventano degli "oggetti transizionali" con un significato psicologico particolare e vengono caricati dal bambino di un potere magico e simbolico, una specie di aiuto e sostegno durante la procedura.

Coinvolgimento: consiste nel rendere partecipe il paziente durante la procedura dolorosa o paurosa, per esempio permettere a lui o lei di la rimuovere il cerotto o farsi aiutare a passare le provette. Il significato psicologico del coinvolgimento risiede nella possibilità di rendere attivo il bambino, renderlo soggetto delle cure, anziché solo oggetto.

Abbiamo finora parlato di tecniche utilizzabili oltre i 2 anni di età perché nei primi 24 mesi lo sviluppo ancora immaturo delle capacità psichiche e cognitive del bambino non permette l'uso di specifiche tecniche non farmacologiche. Tuttavia, in questa fascia di età, è possibile dare consigli ai genitori per aiutarli a sostenere il bambino durante episodi dolorosi. Per esempio è molto importante il contatto fisico con la madre o anche il sentirla parlare o cantare la ninna -nanna preferita. Nei primissimi mesi è consigliato l'uso del miele rosato sul ciuccio durante procedure dolorose. Per bambini sopra 6 mesi possono essere utili i giocattoli preferiti che catturano la loro attenzione e li distraggono (Tab. I).

Tab. I. *Tecniche non farmacologiche riassunte per età*

Età	Metodi
0-2 anni	Contatto fisico con il bambino: toccare, accarezzare, cullare. Ascoltare musica, giocattoli sopra la culla
2-4 anni	Giocare con pupazzi, raccontare storie, leggere libri, respirazione e bolle di sapone, guanto magico
4-6 anni	Respirazione, racconto di storie, gioco con pupazzi, parlare dei luoghi preferiti, guardare la televisione, guanto magico, visualizzazione, coinvolgimento
6-11 anni	Musica, respirazione, contare, parlare dei luoghi preferiti, guardare la TV, visualizzazione, gioco dell'interruttore
11-13 anni	Musica, respirazione, visualizzazione, gioco dell'interruttore

Strategie psicologiche

Oltre a tecniche farmacologiche e non farmacologiche dobbiamo tener presente alcuni aspetti di tipo psicologico che dovrebbero essere sempre garantiti ai bambini ospedalizzati, in particolar modo se sottoposti ad esperienze dolorose. Questi aspetti riguardano innanzitutto la *presenza del genitore*, che va reso partecipe alle procedure dolorose in maniera attiva, aiutandolo cioè a creare un'alleanza con il bambino e "formandolo" su come aiutare il proprio figlio. Bisogna sempre tener conto che il genitore è il miglior alleato del bambino perché lo conosce meglio di tutti e questa è una risorsa che deve essere utilizzata. In secondo luogo è fondamentale il tipo di approccio che si ha con il bambino, non ingannarlo, ma

cercare di fornire a lui e ai genitori una *informazione veritiera*, spiegandogli cosa deve fare e come si può aiutare, naturalmente con un linguaggio adatto alla sua età.

Nonostante le attuali conoscenze sulla neurofisiologia e sulle conseguenze di "un dolore" non adeguatamente trattato, il dolore continua ad essere, anche nella istituzioni più avanzate, una dimensione cui non viene riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente dimostrato quanto sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emotivo per l'adulto ed anche nel bambino e nel neonato.

La scienza medica è ormai a conoscenza di tutte le strategie necessarie per controllare il dolore del bambino in ospedale, il punto cruciale è applicarle.



Il Dolore in Omeopatia e Fitoterapia

Tiziana Di Giampietro

Pediatra di Famiglia, Pescara

Il Dolore in Omeopatia

Per il medico arrecare sollievo dalla sofferenza è sempre un obbligo morale.

Nella medicina convenzionale l'interesse che si presta alle caratteristiche del dolore è essenzialmente rivolto all'individuazione dell'organo malato e finalizzato alla pratica di una terapia analgesica.

Spesso considerata indice di guarigione, la sedazione del dolore si ottiene applicando un protocollo terapeutico, in modo indistinto, ai pazienti sofferenti di una stessa malattia.

L'*International Association for the Study of Pain* ha definito il dolore come: "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale potenziale o in atto. Esso è soggettivo e viene appreso con le esperienze legate a fenomeni dolorosi delle prime fasi della vita". Sotto tale ottica il dolore è l'inevitabile e fastidiosa conseguenza della malattia.

La metodologia omeopatica propone invece un modello in cui la malattia è la risultante dell'interazione tra cause ambientali scatenanti e la risposta di difesa individuale.

La ricerca e l'eliminazione delle prime, associata alla prescrizione del medicinale idoneo a stimolare la reattività, espressa dai sintomi, permette al malato il recupero dell'equilibrio omeostatico iniziale. Nell'uomo che soffre la sensazione dolorosa non può essere circoscritta alla risposta elementare del cervello alla stimolazione della fibra nervosa. In Omeopatia il dolore è l'espressione di un certo modo reazionale specifico, il segnale da interpretare nelle sue modalità di manifestazione, nelle sue sfumature individuali, qualcosa di fisiologico, congenito o acquisito, che rende la stessa sensazione dolorosa insopportabile per alcuni e tollerabile per altri.

Massima attenzione viene pertanto attribuita al potenziale reattivo del malato, esplorato nella sua identità più intima, per arrivare all'individuazione di una strategia terapeutica dove il medicinale è uno strumento individualizzato, la chiave di una serratura personalizzata, non un passe-partout.

Sappiamo che le tante componenti che analizzano lo stimolo nocicettivo sono insieme un fatto periferico e centrale, diverse in ognuno perchè legate al terreno individuale, al vissuto, al tipo e all'intensità della causa etiologica, al temperamento, alla sensibilità, alle reazioni endocrine, al comportamento mesencefalico, alla vasomotricità, ai mediatori chimici, alle condizioni esteriori, alla risonanza psichica, ecc. Ciascuno quindi costruisce la sensazione alla sua maniera attraverso vie talamiche di integrazione, vie corticali di controllo, modalità psico-fisiche di espressione.

Ma l'emotività può condizionare l'espressione del dolore in una maniera sintomatologica individuale, non crearlo. Dunque esso non va inteso nel senso negativo di una focalizzazione quanto di una sorta di condizionamento vegetativo della sensazione che la elaborazione del pensiero arriva a rendere più precisa. Questo richiede, da parte dell'Omeopata, un approccio globale del paziente, che conduce ad un modo relazionale originale e personalizzato, costruito sulla conoscenza sia della diagnosi clinica tradizionale che delle patogenesi dei medicinali.

La ricchezza dell'anamnesi omeopatica, dunque, tende alla individuazione della sostanza medicamentosa che risponda al *principio di similitudine*, inteso come l'insieme di quei fenomeni di risonanza tra gli effetti che una sostanza può sviluppare a dosi ponderali nell'individuo sano e ricettivo e l'azione terapeutica che questa stessa sostanza, a dosi infinitesimali, può esercitare su disturbi la cui sintomatologia è molto simile. È proprio il rispetto dei criteri di similitudine che spiega l'azione: "i sintomi che il rimedio cancella sono proprio quelli che può provocare". Hahnemann, padre dell'Omeopatia, nel suo genio inventivo intuì la concordanza tra i sintomi somatici e quelli psichici, relazione ravvisabile anche nella cura delle patologie acute.

Per esempio, nella terapia di turbe dolorose intestinali, sapere che il paziente presenta un quadro clinico che concorda con quello di riferimento di *Lycopodium*, di *Argentum nitricum*, di *Nux vomica* o di *Arsenicum album*,

permette non solo di trattarlo ma anche di comprenderlo: quanto più prontamente risponde ad esso tanto più gli sarà affine, anche nel mentale, peculiare per ciascuno di essi.

È intuibile che il sintomo *dolore*, per la sua multiforme espressività, etiologia e localizzazione, riconoscerà in Omeopatia un numero elevato di medicinali in grado di lenirlo.

Un'algia d'intensità intollerabile richiamerà alla mente molti rimedi (*Aconitum*, *Chamomilla*, *Coffea*, *Nux vomica*, *Ignatia*, *Bryonia*, *Colocyntis*, *Rhus toxicodendron*, *Ranunculus...*); come orientarsi allora nella scelta del "simile"?

Vedremo, ad esempio, che i dolori di *Aconitum* sono acuti, laceranti al punto da strappare grida al malato che si trova in uno stato di viva agitazione, ansia e paura di poter morire.

Chamomilla invece è esasperato, irascibile, ma non ansioso. Come in *Aconitum* i suoi dolori compaiono prima di mezzanotte e sono accompagnati da parestesie ma in *Chamomilla* esse si alternano al dolore, in *Aconitum* sono concomitanti. I dolori di *Aconitum* riconoscono una causalità scatenante che è l'esposizione al vento freddo e secco ed hanno un esordio brusco e rapidamente ingravescente. Possono essere di natura congestizia (in una cefalea con senso di pesantezza frontale e pulsazioni temporali ad esempio), infiammatori (come nell'otalgia, nella congiuntivite non suppurata, nei dolori reumatici articolari), nevralgici (soprattutto al volto e al lato sinistro con parestesie come nella paralisi a frigore di recente insorgenza, mentre nelle forme di vecchiaia data *Cauticum* sarà elettivo). Questo "personalizzarsi" della terapia spiega il perché in Omeopatia, una stessa malattia potrà essere trattata con un ventaglio di farmaci a seconda delle modalità sintomatologiche con cui si manifesterà.

La prescrizione terapeutica comporterà la ricerca dei segni patognomnici della malattia secondo la semeiotica classica, integrati dalla sintesi dei segni che caratterizzano la risposta individuale del malato, gerarchizzati secondo il loro valore.

Saranno allora presi in considerazione, in ordine di importanza, le cause (psicologiche, infettive, traumatiche, tossiche, le conseguenze di un colpo di freddo, di umidità, di un eccesso alimentare...), i *sintomi psichici* (ansia, collera, rassegnazione, delirio, agitazione, paura di morire), le *modalità* (di aggravamento o miglioramento), i *sintomi generali* (dolore, turbe del sonno, preferenze e aversioni alimentari...), i *sintomi locali* (localizzazioni...), il loro *modo di esordire* (acuto e brutale o progressivo), così come si manifestano in "quel" malato.

Il dolore è spesso il solo segnale che il bimbo molto piccolo può dare della sua malattia: l'otite, la colica gassosa, l'eruzione dei denti, l'angina, l'invaginazione intestinale e altre forme acute attirano l'attenzione dell'adulto solo grazie al pianto da esso evocato. Nel bimbo più grande e nell'adolescente i caratteri peculiari del dolore potranno essere riferiti dalla madre e dal paziente stesso. Per il Pediatra sarà prezioso ogni carattere di quella manifestazione patologica, dal più comune, che definisce la diagnosi nosologica della malattia, al più peculiare che delinea la maniera più intima e personale della reattività di quel malato.

Il Dolore in Fitoterapia

Quando si parla di analgesici il pensiero corre subito all'Oppio e ai suoi alcaloidi fra cui la morfina (*Papaver somniferum*), pianta da sempre conosciuta nella medicina popolare. I petali di un'altra Papaveracea, il *Papaver rhoeas*, erano impiegati come blando sedativo in età pediatrica e come antispastico utile nel calmare le tossi perussoidi.

L'uomo imparò, fin dalla Preistoria, a distinguere le erbe benefiche da quelle malefiche per porre rimedio ai piccoli disturbi di tutti i giorni e, col tempo, la tecnica di coltivazione, raccolta e utilizzo delle piante medicinali si affinò fino ad essere privilegio di pochi dotti monaci e speziali. E se qualche pianta veniva eletta al rango di panacea, molte invece furono individuate quali rimedi specifici ad ogni male: i traumi venivano leniti dall'Arnica, la fatica dalle foglie di coca e così via.

Attraverso le civiltà antiche e le scuole di Aristotele, Ippocrate (che nel *Corpus Hippocraticum* prescrive per ogni forma di malattia il rimedio vegetale curativo), Teofrasto (che getta le basi della Botanica moderna studiando le piante con criteri razionali), la Fitoterapia giunge al periodo rinascimentale delle prime Università e delle grandi famiglie (Medici ed Estensi) che promuovono lo studio e l'utilizzo delle droghe vegetali, mentre lo stesso Leonardo Da Vinci tenta di isolare i principi attivi in esse contenuti, per comprenderne il meccanismo d'azione, empiricamente ma non scientificamente allora noto. Il suo genio aveva intuito e anticipato quello che, solo oggi, il possesso di mezzi di indagine sofisticati permette agli studiosi di fare: isolare cioè i costituenti più importanti e comprenderne l'azione farmacologica e il perché, se usata nella sua totalità (fitocomplesso), la pianta sviluppi effetti diversi da quelli ottenuti con l'utilizzazione del principio attivo isolato.

Effetti meno violenti, più prolungati, più completi e meglio tollerati (azione sinergica e modulante).

Nel farmaco di sintesi una sola molecola è responsabile dell'azione farmacologica che sarà più mirata e incisiva, mentre gli altri componenti sono inerti.

Nel *Fitocomplesso* l'interazione di alcuni principi rallenta o facilita l'assorbimento, riduce l'eventuale tossicità, favorisce una molteplicità di azioni agendo allo stesso tempo su più aspetti dell'organismo in modo armonico.

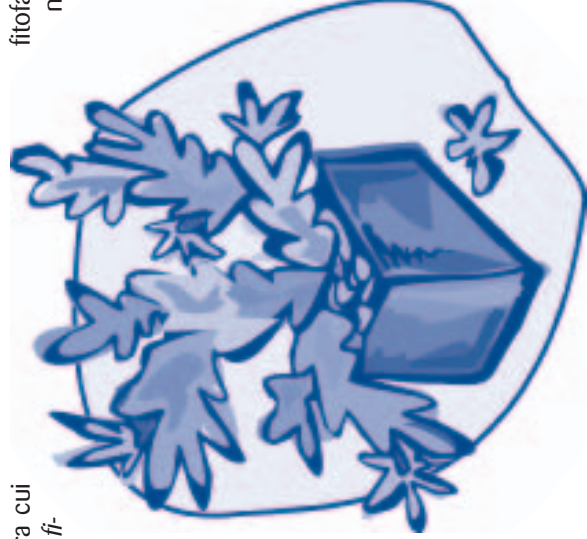
Ad esempio l' *Harpagophytum procumbens*, pianta originaria della Namibia dove la popolazione la utilizzava nelle febbri e nei disturbi digestivi, ha delle proprietà antiflogistiche nelle localizzazioni articolari e muscolari non indotte dai soli *eterosidi*, ma dalla simultanea azione dei numerosi principi presenti nel *Fitocomplesso*. Infatti il b-sitosterolo inibisce la prostaglandinosintetasi mentre gli *iridoidi* eserciterebbero un'influenza inibitrice sulla sintesi delle prostaglandine. L'*arpagoside* è analgesico e spasmolitico. Lo stesso potrebbe dirsi dell'*Arnica*, l'ultima medicina somministrata a Goethe morente, che ha proprietà antinfiammatorie, antinevralgiche, anchietichimotiche, antimicrobiche, dovute al contenuto di Sesquiterpenolattoni tra cui l'*elanina*, *flavonoidi*, *triterpeni* e *fitosteroli*. Utile nei dolori artro-muscolari, ematomi, distorsioni, flogosi mucose e cutanee. Nel dolore della faringite si

potranno adoperare l'*Alnus glutinosa* e il *Ribes nero*, ma anche altri medicinali a seconda del particolare carattere della sintomatologia.

La moderna farmacologia ha preso in prestito, isolato e riprodotto in laboratorio, molti principi attivi dal mondo vegetale. Basti pensare alla Vincristina e Vinblastina (*Catharanthus roseus*), alla Teofillina, alla Diossina (*Digitalis lanata*), all'Ajalina (*Rauwolfia serpentina*), alla Colchicina (*Cholchicum autumnalis*), alla Pilocarpina (*Pylocarpus jaborandi*), all'Acido salicilico (*Salix alba* e *Spirea ulmaria*, da cui *Aspirina*). Il meccanismo d'azione farmacologica è sovrapponibile a quello dei farmaci di sintesi. I Fitoterapici infatti agiscono secondo il principio dei contrari, curando per mezzo di sostanze ad azione anti-biotica, anti-infiammatoria, anti-spastica, ecc.

Proprio per tale motivo potranno verificarsi effetti collaterali e di accumulo (come per quelli di sintesi di cui è la madre) che ne richiedono l'uso attento anche se la tossicità è attenuata dall'azione del *Fitocomplesso*.

ormazione accademica la conoscenza dei fitofarmaci, il cui criterio prescrittivo non si discosta dal ragionamento terapeutico cui è avvezzo, gli permetterà di disporre di più armi per aiutare il suo paziente a lenire il suo dolore.





Un Pediatra, un giallo

E. Solito

Pediatra di Famiglia, Prato

È appena uscito per i tipi della Hobby&Work un romanzo scritto da un nostro collega: "All'ombra del pino" di Enrico Solito (enricosolito@tin.it). Siamo sempre stati stupiti di come alcuni colleghi riescano ad aggiungere al tempo speso per la professione, la formazione, gli incarichi sindacali, quello necessario per dedicarsi a loro passioni personali, passione che per Enrico è appunto nello scrivere: in passato ha pubblicato molti articoli e racconti su varie riviste, e una serie di libri di narrativa, facendo rivivere il personaggio di Sherlock Holmes nella nebbiosa Londra di fine Ottocento (*Casi segreti di Sherlock Holmes, Sette misteri per Sherlock Holmes, I segreti di Sherlock Holmes*).

Stavolta invece affronta una vicenda nella Roma della Repubblica del 1849, durante l'assedio del Generale Oudinot. Come mai questo cambio di scenario? Non è la prima volta: ho già pubblicato racconti sulla Firenze del periodo umbertino. Stavolta però mi sposto a Roma...ci sono anche motivi biografici. Comunque il processo base è lo stesso: un lungo lavoro di documentazione storica prima di immaginare una vicenda inserita in quel contesto. In questo senso devo molto a Holmes e alla necessità di ricostruire un mondo che non c'è più. Per scrivere questo romanzo ho dovuto studiare anni su quel periodo di Roma: ho consultato biblioteche a Firenze e a Roma, acquistato copie da Vienna e Genova, navigato in Internet, aperto libri scritti nell'800, alcuni dei quali mai letti...una avventura emozionante.

Un libro di storia dunque?

Un romanzo storico, con una vicenda gialla. Non c'è pretesa di insegnare nulla, non è un trattato: anche se ho scoperto cose incredibili su quella vicenda, di una attualità sconcertante, come i raggini di cui fu vittima il parlamento francese per convincerlo ad approvare una spedizione militare contro la propria Costituzione. Ufficialmente Oudinot andava a "proteggere" Roma, e fu escluso che la spedizione dovesse riportare il Papa al potere, figurati un po'. Alla fine del libro ho messo una nota per evidenziare cosa è storicamente vero e cosa ho inventato: quest'ultimo è molto poco.

Cosa ti affascina di quel periodo?

Una città che lotta, sapendo che perderà: l'incubo di una sconfitta inevitabile, che si trasforma in una vittoria politica. L'ipocrisia del potere, sempre uguale a sé stessa nei secoli. La voglia di ribellarsi. La fede della gente, che è profondamente cattolica e combatte contro i soldati del Papa. E la capacità della retorica di nascondere tutto questo. Guarda, io credo che ciò che abbia fatto più male al Risorgimento è la retorica sul Risorgimento: ci hanno bombardato per anni con il mito del Risorgimento Italiano dove tutti erano eroi e si ammantavano della bandiera, senza mai raccontarci cosa in realtà successe: cosa voleva quella gente, perché morì, spesso a vent'anni.

Non c'è solo il Risorgimento però...

No, la vicenda si dipana tra il '49, il 1889 e il 1943: tre date cruciali per il nostro paese. E i protagonisti si trovano a vivere una vicenda molto personale tentando di risolvere un delitto: ma tutto questo si intreccia con i misteri e la storia della Repubblica Romana. E la soluzione della loro vicenda offre una spiegazione possibile delle vicende politiche di tutta la città. Chi lo sa? Potrebbe essere andata davvero in questo modo.

Progetti?

La continuazione, ovviamente, sono già alla fine. Seguirà almeno un terzo libro sullo stesso tema, poi probabilmente cambierò scenario: la prima guerra mondiale abbinata alla toscana del '44, ho già in mente la trama. E intanto uscirà un ultimo volume di Holmes, già pronto da tempo.

Cosa ti lascia questo libro?

La coscienza che la storia, quella vera, è fatta da milioni di storie piccole, di ciascuno di noi. Ecco, mi piace riuscire a descrivere la storia raccontando la storia dei miei personaggi: e mettendoci molto della mia, e della mia famiglia. Lo diceva De Gregori: la storia siamo noi, e non dovremmo dimenticarcelo mai.

I bambini poveri dell'Andhra Pradesh

Lorenza Catelli

Pediatra di Famiglia, Padova

Nel mese di dicembre del 2003 ho avuto modo di conoscere, operando nella mia qualità di Pediatra di famiglia per due settimane, la realtà dell'Andhra Pradesh, regione del sud-est indiano, ed in particolare della città di Vijayawada.

L'occasione mi è stata offerta dall'associazione Padova Ospitale che si interessa di solidarietà nei paesi in via di sviluppo e che ha un sodalizio con *Care&Share Italia-Onlus* per ciò che riguarda le attività in India.

Il gruppo del quale facevo parte oltre a me comprendeva altre 19 persone: 3 chirurghi, 2 odontoiatri, 1 urologo, 2 chirurghi plastici, 1 otorinolaringoiatra, 1 ginecologo, 1 oculista, 1 medico del lavoro, 1 pediatra ospedaliero, 2 anestesisti, 2 strumentiste e 2 segretarie.

L'India

L'India che attualmente conta un miliardo e 29 milioni di abitanti e che rappresenta per grandezza e popolazione il secondo stato dell'Asia, è una Repubblica Federale dal 1947 dopo essere stata per quasi 150 anni sotto il dominio inglese.

È suddivisa in 35 stati e l'Andhra Pradesh, grande come l'Italia e con una popolazione di 80 milioni di abitanti, è il settimo tra i più poveri. È situato nel sud-est dell'India e si estende lungo il Golfo del Bengala; 51 milioni di persone sono analfabeti e solo il 33,7% delle donne sa leggere e scrivere. La sua economia si basa prevalentemente su di un'agricoltura primitiva e la popolazione è in grande povertà di religione indù.

Mentre la lingua ufficiale indiana è l'hindi, nello stato dell'Andhra Pradesh si parla il telugu anche se l'inglese è la lingua molto parlata dagli indiani, esclusi quelli delle classi sociali più basse.

Il clima è tropicale con una temperatura che varia nell'anno tra i 20°C e i 40°C; da aprile a settembre fa molto caldo e la stagione monsonica è a giugno-luglio, mentre durante l'inverno si sta bene. Vijayawada è una città di 850.000 abitanti situata a 450 km da Hyderabad, capitale dello stato, e a 70 km dal Golfo del Bengala in prossimità del delta del fiume Krishna, sacro agli indiani, uno dei maggiori fiumi dell'India. È un importante nodo ferroviario dove ogni giorno transitano circa 200 treni.

Nell'Andhra Pradesh il sistema sanitario pubblico è inesistente e ci sono due tipi di ospedali entrambi a pagamento: quelli governativi dove i prezzi sono calmierati, ma le prestazioni scarse e scadenti e quelli privati, di alto livello tecnologico, ma molto cari e riservati a pochissimi.

Care&Share

Care&Share è nata nel 1991 per iniziativa di Carol Faison, dopo un suo viaggio nel sud dell'India; successivamente, nel 1997, la stessa Faison insieme a Noel Harper fonda in India *Care&Share Charitable Trust* con sede a Vijayawada nel *Krishna District*.

L'organizzazione è registrata presso il Ministero degli Affari Interni del Governo indiano tra quelle finalizzate a raccogliere fondi all'estero per opere di solidarietà in India; è sottoposta ad un controllo annuale che il governo dell'Andhra Pradesh compie per verificare che ogni attività sia svolta nel rispetto delle leggi locali per la tutela degli orfani e per le attività di aiuto.

Nel 2000 infine, nasce in Italia *Care&Share Italia-Onlus* con sede a Venezia e i suoi scopi riguardano il provvedere all'istruzione e all'assistenza dei bambini indiani poveri e bisognosi attraverso varie forme organizzative.

L'organizzazione

La più importante attività di *Care&Share* è la *Daddy's Home*, un comprensorio di edifici situato nei pressi di Vijayawada che ospita bambini abbandonati e raccolti per lo più dai treni in transito nella stazione o portati dai loro genitori impossibilitati a mantenerli. I bambini alloggiavano in fabbricati singoli, semplici ma decorosi, dove dormono e mangiano. Sono divisi per età e sesso o per problemi di patologia come nel caso degli handicappati o dei sieropositivi HIV.

Nel centro esiste una scuola frequentata anche da bambini dei villaggi vicini e ci sono ampi spazi per giocare, mentre i ragazzi più grandi frequentano scuole professionali esterne. Il comprensorio sorge su un terreno di 60.700 mq e comprende una fattoria con terreni coltivati e animali che contribuiscono a soddisfare i bisogni alimentari dei bambini e a dare lavoro alla gente del posto.

Nella *Daddy's Home* opera personale stipendiato da *Care&Share* addeito a compiti diversi: maestre, assistenti, cuoche, contadini, ecc...oltre ad un medico. È stato attivato anche un piccolo laboratorio di protesi ortopediche, una tipografia e un'officina di carpenteria dove sono inseriti alcuni ragazzi più grandi per un apprendistato; i ragazzi sono seguiti fino al raggiungimento di un'indipendenza lavorativa.

Nel centro è presente un'infermeria, un ambulatorio medico, uno dentistico ed una piccola farmacia.

Nelle stesse strutture dove alloggiavano i bambini, chiamate "home", il nostro gruppo è stato diviso durante il nostro soggiorno e ospitato in camere a due letti con servizio. Gli *slums* sono i quartieri più poveri, formati da capanne di fango, paglia e cartone che noi chiameremo "baraccolpol", e sono presenti numerosi nella città di Vijayawada. Ospitano dai 10.000 ai 20.000 abitanti ciascuno e accolgono gli indiani delle caste più povere che affluiscono nella città per trovare lavoro. Le condizioni igieniche sono ai livelli più bassi: non c'è acqua potabile, né fognature, né servizi igienici. Le madri spesso si allontanano durante tutto il giorno per praticare i lavori più umili e i bambini più piccoli sono accuditi dai fratelli più grandi.

Il governo indiano propone alle coppie un controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione maschile o femminile dopo la nascita del terzo figlio. I parti avvengono spesso in casa o in ospedale se le condizioni economiche lo permettono.



Care&Share opera in 5 di questi slums dove organizza una scuola con distribuzione di un bicchiere di latte al giorno a tutti i bambini e alle donne incinte. Le maestre sono pagate da *Care&Share* così come il medico che vi si reca una o due volte la settimana per fornire consulenza ambulatoriale comprensiva della distribuzione dei farmaci.

Strumenti di locomozione e di lavoro vengono donati attraverso *Care&Share*: biciclette ai bambini di età superiore ai 10 anni per andare a scuola, macchine da cucire alle ragazze e risciò agli uomini che con questo mezzo riescono a mantenere tutta la famiglia (il reddito giornaliero di un manovale corrisponde a 0.50 euro al giorno).

Viene fornito inoltre aiuto nei casi medici urgenti mediante il pagamento di ricoveri, consulenze e farmaci; la recente collaborazione con Padova Ospitale ha permesso di organizzare in loco e in Italia interventi chirurgici con relativa assistenza postoperatoria.

Care&Share fornisce latte, vestiti e visite mediche ai ragazzi (4-18 anni) del Rifrattorio o Casa di Osservazione Governativa, una delle realtà più dure di Vijayawada; ospita infatti i bambini raccolti per la strada in attesa di essere trasferiti in altri centri e il loro soggiorno dura non meno di due mesi, durante i quali vivono tutti insieme reclusi in un paio di stanze. In quei giorni erano presenti nella Casa 45 bambini.

Tutte le attività di *Care&Share* avvengono attraverso donazioni e adozioni a distanza da parte di cittadini italiani. Attualmente i bambini ospitati nella *Daddy's Home* sono 450, quelli che frequentano le scuole negli slums sono 700 e il numero delle famiglie che ne traggono beneficio 6.200. L'organizzazione locale di *Care&Share Charitable Trust* comprende 170 dipendenti dislocati nell'Ufficio Centrale

di Vijayawada, nella *Daddy's Home* e nelle scuole degli *slums*.

Il personale dirigente e operativo è diviso in tre settori: il programma adozioni e l'educazione, le *homes* e lo sviluppo delle comunità negli *slums* e l'assistenza medica.

I dati raccolti

L'attività che mi è stata proposta ha riguardato il check up di 150 bambini residenti nella *Daddy's Home*, l'attività ambulatoriale nello *slum* Kandrika e un sopralluogo nello *slum* Raja Rajeswari Peta per valutare la possibilità di eventuali attività di aiuto. Inoltre ho potuto visitare il Rifrattorio e mi sono recata varie volte nell'ufficio centrale di *Care&Share* a Vijayawada dove ho potuto parlare coi responsabili dei tre settori in cui è divisa l'organizzazione e raccogliere tutte le informazioni riguardo alla loro attività e alle necessità della popolazione del luogo.

Attività nella *Daddy's Home*

I 150 bambini giunti alla mia osservazione erano nati tra il 1989 e il 1999. La loro data di nascita era spesso presunta, trattandosi per lo più di bambini senza famiglia, raccolti dal Governo indiano dalla strada o dai treni in sosta alla stazione di Vijayawada. Si è trattato di soggetti ritenuti sani che frequentavano regolarmente l'istituto e la scuola. Solo un piccolo gruppo era affetto da handicap e alloggiava in una *home* studiata apposta per loro (assenza di barriere architettoniche, ecc.), trattandosi di esiti paralitici di polio e di esiti cicatriziali di gravi ustioni, oppure in isolamento perché HIV positivi. Tre bambini, già diagnosticati e in trattamento terapeutico, erano affetti da lebbra con manifestazioni cutanee di lieve entità.

Ogni bambino della *Daddy's Home* possiede una cartella dove sono raccolti i dati anagrafici conosciuti, la data di inserimento nel centro ed eventuali patologie presentate all'ingresso. Al momento dell'ammissione viene eseguito uno *screening* che comprende:

- vaccinazioni per epatite B, tifo (parenterale), MMR, polio orale, DT (ai bambini piccoli), T (ai bambini grandi);
- test per HIV;
- gruppo sanguigno;
- visita medica, dermatologica, oculistica ed eventuale visita odontoiatrica.

Dalle cartelle inoltre si può ricavare il peso e l'altezza rilevati all'ingresso e il nome dell'eventuale sponsor (adozione a distanza). Successivi controlli medici ed esami sono effettuati solo se insorge una patologia.

Durante ogni visita sono stata affiancata da personale del centro che conosceva i bambini e poteva fornire ogni informazione conosciuta su di loro.

I problemi più frequenti hanno riguardato le infestazioni da pidocchi e da scabbia, le infezioni cutanee (foruncolosi, impetigine, micosi), gli esiti cicatriziali anche gravi (ustioni, traumi, mutilazioni), le carie dentarie, i dolori addominali ricorrenti da parassitosi intestinale (ascaridi, ossiuri).

Con minor incidenza epidemiologica e maggiore gravità ho rilevato alcuni soffi cardiaci di sospetta eziologia patologica, gravi esiti di polio sotto forma di paralisi spastica, un caso di criptorchidismo e tre casi di lebbra già diagnosticata.

Attività nello *slum* Kandrika

Nello *slum* Kandrika l'ambulatorio è compreso nella scuola organizzata da *Care&Share* dove operano maestre e dove ogni giorno vengono distribuiti 200 ml di latte ad



ogni bambino frequentante; tutto ciò che viene offerto dalla scuola è gratuito.

Durante l'attività ambulatoriale sono stata affiancata dal responsabile delle attività di sviluppo degli *slums* che, oltre a fornirmi la traduzione in inglese della lingua telugu, possedeva una conoscenza molto profonda della situazione sociale e demografica del luogo.

I pazienti che si sono presentati spontaneamente durante una mezza giornata di lavoro e che ho visitato sono stati 25. I problemi rilevati hanno riguardato:

- patologie delle prime vie respiratorie (tra cui una broncopolmonite);
 - infestazioni da scabbia ed elminti;
 - otiti effusive;
 - ferite cutanee;
 - un caso di idrocefalo in una bambina di 2 anni;
 - due casi di astenia-distrofia in bambini di età compresa tra i 12 e i 24 mesi allattati al seno da madri denutrite.
- Durante queste visite sono stati distribuiti farmaci e razioni di riso.

Sopralluogo nello *slum* Raja Rajeswari Peta

Molto interessante è stata la visita dello *slum* di Raja Rajeswari Peta dove *Care&Share* sta impegnando il 20% del suo budget finanziario per la costruzione di alcune abitazioni in mattoni e di una nuova scuola.

Il quartiere ha una popolazione di 16.000 abitanti divisi in 3000 famiglie. Sono presenti circa 9.000 bambini di cui 1.000 frequentano la scuola che è divisa in tre sezioni: asilo per i bambini dai 3 ai 5 anni, scuola per quelli dai 6 ai 10 e dopo-scuola dove possono rimanere tutti fino a sera quando i genitori tornano dal lavoro.

I programmi di *Care&Share* riguardano l'istruzione attraverso le scuole e un'attività di assistenza sanitaria ambulatoriale in loco con distribuzione di farmaci e di una dose di latte a tutti i bambini e a tutte le donne incinte. In questa sede ho potuto discutere le modalità organizzative e le necessità economiche per programmare una distribuzione di alimenti in dosi singole refrigerate; tale modalità di distribuzione permetterebbe di accedervi anche alle madri nutrici che, lavorando lontano fino a sera, non possono usufruirne durante il giorno.

L'esperienza

Al di là della presa di conoscenza dei bisogni del popolo

indiano di quella regione e dell'ottima accoglienza e organizzazione che *Care&Share* ha fornito al nostro gruppo dall'arrivo all'aeroporto di Chennai-Madras fino alla nostra partenza, l'esperienza umana coi bambini e con le persone di Wijiayawada è stata pregnante sotto molti aspetti.

La visita di una regione ancora intatta, dove il turismo è inesistente e l'occidente appare ancora molto lontano, riporta a ritmi di vita e di pensiero più lenti e più umani. La gioia che pervade questi bambini ai nostri occhi "sfortunati" desta meraviglia e commozione.

L'esperienza professionale è arricchente e, anche se per certi versi rappresenta una fuga dal nostro *burn out* quotidiano e dalla nostra sensazione di "rincorrere e rinforzare l'ipocondria di una popolazione complessivamente sana e ben nutrita"¹, in quei luoghi rappresenta la risposta a bisogni essenziali ed esistenziali.

Il solo fatto di essere ascoltati, visitati e presi in considerazione rappresenta per questi bambini un'esperienza di gioia e per questo sorridono, abbracciano, rincorrono, aspettando i tuoi ritorni e salutandoti mille volte al giorno: "good morning mummy", "good morning mummy" ... ancora risuonano nelle mie orecchie.

I farmaci di cui si sente la necessità nel lavoro e che si utilizzano sono veramente pochi e il loro numero non supera le dita di due mani. Allo stesso modo sono poche le necessità di ricovero, di

esami e di consulenze specialistiche; basta veramente "poco" per guarire ed essere felici ma questo "poco" sembra, per loro come per noi, irraggiungibile.

Il futuro

L'organizzazione che mi ha introdotta in quest'esperienza è l'Associazione Padova Ospitale che intrattiene da tempo una partnership esclusiva con *Care&Share Italia-Onlus*. Entrambe le associazioni stanno valutando e studiando una modalità di intervento sanitario strutturato e continuativo nell'Andhra Pradesh.

Se questi progetti andranno a buon fine i nostri interventi operativi futuri in qualità di Pediatri di famiglia potranno essere realizzati nell'ambito di programmi concordati e condivisi con entrambe queste organizzazioni.

Bibliografia

- ¹ Cosmacini G, Satolli R. *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*. Bari: Editore Laterza 2003:126.

¹ G. Cosmacini, R. Satolli. *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*. Pag.126. Ed. Laterza.2003.

CAMPAGNA PER IL CORRETTO DOSAGGIO DI FLUORO AL BAMBINO CON RELATIVA MAPPATURA DELLE ACQUE



La carie dentaria deriva dall'azione batterica sui denti. Alcuni batteri orali crescono sui denti e producono acidi che sciogliono la matrice minerale dello smalto dei denti o della dentina: tale processo porta a lungo andare alla formazione di una lesione cariiosa.

La carie nell'infanzia è una patologia prevenibile, e quindi assume un'importanza fondamentale la sua prevenzione primaria, e il ruolo del pediatra di famiglia nella promozione della salute dentale.

Secondo dati italiani, l'indice di carie (DMFT) nella popolazione infantile è in costante diminuzione, con valori però ancora superiori all'obiettivo di prevenzione da raggiungere nel 2010: il 90% di esenti da carie a 5-6 anni e un DMFT uguale o inferiore ad 1. Si è quindi ottenuto un buon declino della carie, ma sono necessari ulteriori miglioramenti.

La carie ha un costo sociale ed economico alto, che non è confinato solo al costo del trattamento del problema dentale: alcuni bambini che perdono la dentatura decidua hanno di conseguenza problemi di alimentazione, devono mangiare omogeneizzati fino a 3-4 anni, manifestano spesso importanti problemi psicologici e sviluppano con più facilità infezioni.

La prevenzione della carie si basa su tre momenti fondamentali: una corretta abitudine alimentare, una corretta igiene orale, la fluoroprofilassi.

Corretta abitudini alimentari

- non far addormentare il bambino con poppatoi contenenti liquidi con zuccheri (latte, the, camomilla, tisane etc.);
- eliminare l'uso del poppatoio dai 15 mesi in poi;
- proibire l'assunzione prolungata di bevande zuccherate e di succhi di frutta con il poppatoio;
- non utilizzare succhiotti intrisi di miele e/o zucchero per tranquillizzare il bambino;
- monitorare la dieta del bambino in relazione alla frequenza di introduzione degli zuccheri; consigliare l'assunzione dei dolci solo durante i pasti principali, quando il flusso salivare è maggiore; gli eventuali "snack" interprandiali, che siano poco cariogeni (utilizzare pochi zuccheri fermentescibili o dolcificanti come xilitolo e sorbitolo);
- pulire i denti dopo che il bambino ha assunto sciroppi zuccherati (antibiotici, fluidificanti, sedativi della tosse).

Corretta igiene orale:

- fino a 12 mesi detergere i denti, se presenti, utilizzando dopo ogni pasto una garza umida;
- dai 12 mesi in poi introdurre l'uso di uno spazzolino bagnato a setole morbide due volte al giorno, soprattutto prima di coricarsi, usando eventualmente un dentifricio, ma solo se non fluorato (se disponibile);
- introdurre il dentifricio fluorato quando il bambino controlla il riflesso della deglutizione (a circa 3 anni di età), per evitare l'ingestione di eccessive quantità di fluoro. In ogni caso è opportuno che il genitore controlli la quantità di dentifricio usata (ottimale il volume di un pisello).



Fluoroprofilassi

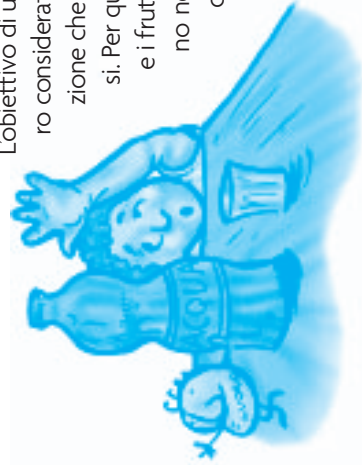
Il fluoro è oramai dimostrato essere una difesa essenziale contro la carie dentaria. Il fluoro agisce potenziando la mineralizzazione dei denti, impedendo la demineralizzazione e inibendo i batteri produttori di acido responsabili della carie. La somministrazione di fluoro, indipendentemente se attuata con la fluorazione delle acque o con integratori, è uno dei pochi interventi di salute pubblica che è stato dimostrato essere realmente costo-efficace. Negli USA è stato calcolato che ogni dollaro investito nella fluorazione delle acque, cioè nel programma pubblico di fluoroprofilassi che comporta una spesa pro capite annua compresa fra 0,50 e 0,75 dollari, pari a circa 0,52 euro e 0,77 euro pro capite, porta ad un risparmio di 38.000 dollari sui costi del trattamento dentario. Da noi, dove ogni anno nascono circa 500.000 bambini, un programma annuale di prevenzione sistemica con gocce e compresse che, a differenza di ciò che accade oltreoceano, viene effettuata solo sui bambini e non su tutta la popolazione indiscriminatamente, costerebbe 11.750 euro al giorno, corrispondenti a 0,02 euro pro capite al giorno, e avrebbe come risultato la possibilità di ridurre la probabilità di avere la carie anche del 50%.

L'obiettivo di una corretta fluoroprofilassi è di far assumere al bambino la quantità di fluoro considerata ottimale per la prevenzione, senza superare in continuità livelli di assunzione che possono portare ad alterazione dei denti che prendono il nome di fluorosi. Per questo il pediatra deve ricordare alle famiglie che alcuni alimenti, quali il the e i frutti di mare, hanno un contenuto di fluoro di per sé elevato, che il latte umano ne contiene solo tracce, che l'acqua di acquedotto ha in genere basse concentrazioni di fluoro, con eccezione di due zone intorno al Vesuvio e all'Etna, e che i dentifrici fluorati, al di là di alcune situazioni ad alto rischio di carie, devono non solo essere introdotti almeno dopo i tre anni, ma che la quantità di dentifricio da utilizzare deve essere minima.

Ma poiché in Italia si fa largo uso di acque minerali, è necessario che il pediatra e le famiglie sappiano che le acque minerali presentano quantità variabili di fluoro, e che alcune di esse, poiché contengono più di 1mg/litro di fluoro, il valore massimo generalmente raccomandato di assunzione giornaliera, sono vincolate per legge ad inserire nell'etichetta la scritta "acqua contenente fluoro". Questo dato è quindi importante per poter meglio adattare le raccomandazioni emerse dalla **Consensus Conference sulla fluoroprofilassi con focalizzazione sulla fluoroprofilassi sistematica**, che ha indicato le quantità di supplementazione consigliate per età in relazione alla realtà italiana, che sono elencate nella Tabella II, alla dieta del singolo bambino.

Per aiutare il pediatra di famiglia a dare informazioni il più complete possibile a monte della sua prescrizione, la FIMP ha concordato con la Novartis Consumer Health un progetto che prevede la distribuzione di un Poster, da esporre nell'ambulatorio del medico "**Acqua Sorgente di Vita e di Salute, Mappa delle Acque Minerali in Italia**" ai pediatri di famiglia che ne faranno richiesta, compilando un coupon che sarà inserito in questo fascicolo, e opuscoli informativi per le mamme. Crediamo in questo modo di offrirvi un ulteriore servizio utile per promuovere la salute dentale di quel singolo bambino e di tutti i bambini di cui garantiamo il raggiungimento del più alto livello di salute possibile.

Pierluigi Tucci



Campagna per la Diagnosi Precoce del bambino allergico

Pier Luigi Tucci

Caro Collega,

L'*European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI), in occasione dell'ultimo Congresso Internazionale di Parigi nel giugno 2003, ha dato l'avvio alla Campagna per la "Diagnosi Precoce del Bambino Allergico" che si svolgerà contemporaneamente in 8 paesi europei.

Obiettivo principale di questa campagna è quello di aumentare la consapevolezza della necessità di una diagnosi tempestiva della malattia allergica per l'impostazione di una terapia efficace.

La *Federazione Italiana Medici Pediatri* (FIMP) intende aderire a questa campagna che si svolge in Italia, grazie anche alla collaborazione offerta dal delegato EAACI, dottoressa Antonella Muraro.

Troverai in allegato una copia delle recenti Linee Guida Europee per la "Valutazione allergologica del bambino". È auspicato comune che tali linee guida possano esserTi di concreto aiuto nell'attività clinica quotidiana per un'agevole, precoce definizione del bambino con malattia allergica.

Ringraziandoti della collaborazione, ci è gradita l'occasione per porgerTi i nostri cordiali auguri di buon lavoro.

L'Accademia Europea di Allergologia ed Immunologia Clinica

Antonella Muraro

Delegato Nazionale per la Campagna della Diagnosi Precoce dell'Accademia Europea di Allergologia ed Immunologia Clinica, Section on Pediatrics

L'Accademia Europea di Allergologia ed Immunologia Clinica (EAACI) è una Società Scientifica, fondata più di 40 anni fa, con 3.500 membri, allergologi clinici e ricercatori, cui afferiscono la maggior parte delle Società Allergologiche Nazionali.

Scopi dell'Accademia sono quelli di promuovere e sostenere la ricerca in campo allergologico, di sviluppare strategie per migliorare l'assistenza al paziente allergico e di aumentare la sensibilità a livello sociale e politico nella Comunità Europea nei confronti nelle malattie allergiche.

Per l'incremento considerevole dei casi di asma e/o oculorinite e/o eczema ed altre manifestazioni allergiche negli ultimi 20 anni in Europa, soprattutto in età pediatrica, l'EAACI ha varato nel Giugno 2003 in occasione del Congresso di Parigi la Campagna per la Diagnosi Precoce del Bambino Allergico. Tale Campagna vede coinvolta in prima linea la Sezione Pediatrica dell'EAACI che detiene la responsabilità scientifica del progetto.

Il documento sulle Linee Guida per la valutazione al-

lergologica del bambino è stato pensato come uno strumento sia per incrementare l'attenzione, a livello dell'assistenza primaria, verso i sintomi più precoci della malattia allergica sia per favorire l'interrelazione tra le varie figure professionali che si avvicinano attorno al bambino allergico (Pediatra di famiglia, Pediatra allergologo, specialisti ospedalieri) con l'acquisizione di un linguaggio comune.

La Campagna è stata iniziata in contemporanea in 8 paesi europei e la Sezione Pediatrica dell'EAACI mantiene il ruolo di coordinatore scientifico tramite i propri delegati nazionali.

Attualmente nella Comunità Europea 1 bambino su 4 è allergico e si stima che, in un futuro molto prossimo, 1 adulto su 2 presenterà sintomi evolutivi di malattia allergica. La diagnosi precoce consentirà di instaurare precocemente una terapia appropriata e di limitare nel tempo le complicanze e la cronicizzazione della malattia.

È vivo auspicio dell'EAACI che tutti coloro che hanno a cuore la salute del bambino diano il loro contributo a questa sfida entusiasmante.

