

volume **16**
febbraio **2007**



fimp
Federazione Italiana
Medici *Pediatr*

I n q u e s t o n u m e r o

“

Il dolore nel bambino

Privacy. Gli obblighi del Pediatra di Famiglia

”

il medico **p**ediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

 **gestifimp**

Direttore esecutivo

Giuseppe Mele

Direttore responsabile

Valdo Flori

Comitato direttivo

Giuseppe Mele
Roberto Sassi
Claudio Colistra
Andrea Valpreda
Antonio Gurnari
Adolfo Porto
Piero Di Saverio

Comitato di redazione

Antonio Clemente
Valdo Flori
Lisa Andreazzi

Comitato dei garanti

Giuseppe Mele
Roberto Sassi
Claudio Colistra

Impaginazione

Fabrizio Sodini



Periodico della
Federazione Italiana
Medici Pediatri



Area Sviluppo e Informazione

volume **16** febbraio numero **uno**

Edizione

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

PACINIeditore
MEDICINA

© **Copyright by**

Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Carlo Bartolomeo Piazza, 30
00161 Roma



fimp

Federazione Italiana
Medici *Pediatr*

ilmedicopediatra

redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche
Via A. Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050/3130285 Fax 050/3130300
Redazione: Lisa Andreazzi
landreazzi@pacineditore.it
<http://www.pacinimedicina.it>

Dott. Giuseppe Mele
Via Miglietta, 5
73100 Lecce
Tel. 0832 347808
Fax 0832 216913

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

Finito di stampare nel marzo 2007
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore
Ospedaletto (Pisa)

EDITORIALE

- Etica del dolore del bambino **1**
D. Giofrè

ATTUALITÀ

- La misurazione del dolore del bambino **2**
B. Caposciutti

- Il dolore pediatrico in ambulatorio **6**
R. Bonfanti, F. De Feo, M. Pierattelli

- Il trattamento farmacologico del dolore del bambino **8**
M. Romiti

- Le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore
nel bambino **11**
S. Caprilli

- Il dolore cronico oncologico e la fase terminale di vita
del bambino **13**
G. Bernini

CLINICA E RICERCA

- La semiologia del dolore e i tipi del dolore del bambino **14**
A. Messeri

- Discipline aeree per la colonna vertebrale **17**
M. Maciocci

PROFESSIONE

- Privacy. Gli obblighi del Pediatra di Famiglia **19**
V. Flori

- Immissione in commercio e prescrizione del *metilfenidato* **23**

CONGRESSI

- I segni nell'abuso sessuali sui minori. Fantasia o realtà **24**
Convegno internazionale

ilmedicopediatra

è il giornale di tutti i Pediatri di Famiglia Italiani

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.

Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP

Nel caso di cambio di indirizzo, comunicare il nuovo al SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP che provvederà ad inviarlo alla Segreteria Nazionale FIMP segreteria@fimp.org

ilmedicopediatra

è aperto a qualsiasi contributo 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



Etica del dolore del bambino

D. Giofrè

Coordinatore del Tribunale per i Diritti del Malato della Regione Toscana

“I pazienti pediatrici raramente hanno bisogno di farmaci per il sollievo del dolore, poiché essi tollerano bene le situazioni di disagio. Il bambino, infatti, è in grado di dire che non si sente bene o che sta scomodo o che vuole i genitori, ma non è capace di avvertire e manifestare le esperienze dolorose”. Sono queste le parole che Swafford e Allen, nel 1968, scrissero su una loro pubblicazione. Sembrano affermazioni fatte ben più tempo fa. Eppure è così. I bambini essendo tali non erano capaci e quindi non erano in grado di avvertire il dolore. Si riteneva che solo gli adulti avessero questa capacità, quasi che l'esperienza del dolore deve essere raccontata e argomentata per essere creduta. E queste attitudini ai bambini mancano. Questa cultura non ha risparmiato il dolore ai bambini. Essa ha liquidato per anni il problema. Bisogna giungere al “... 1987 per dimostrare che la densità dei recettori del dolore nei bambini è simile a quella degli adulti. La connessione di questi recettori al sistema nervoso centrale è completa già intorno alla trentesima settimana di gestazione” come affermano Messeri e Caprilli in “Il dolore non necessario” della Bollati Boringhieri curato da D. Giofrè. Quindi i bambini soffrono il dolore prima ancora di

venire al mondo e quando nascono lo fanno con un pianto e non con una risata.

La mancanza di ascolto o meglio l'incapacità di capire il linguaggio, i gesti, le sembianze con cui si manifesta la sofferenza ha origini lontane. Da lì prende le prime mosse per poi trasferirsi nell'adolescenza, nell'età adulta e negli anziani spesso attraversati da più patologie e da una riduzione della cognitivtà. Qui il dolore perde il suo linguaggio. Il suo posto viene occupato dalla rinuncia. Ad essa segue la rassegnazione ed infine il silenzio che conclude la storia di una sofferenza per troppo tempo inascoltata. Tra questi due estremi della vita si svolgono le vicende di sofferenza di un'intera esistenza che paga il prezzo, talvolta alto, alla malattia.

Ma se i ritardi sono tanti sul versante farmacologico ancor di più lo sono sulle vie alternative, e talvolta complementari, rappresentate dalle terapie non farmacologiche capaci di delineare un approccio nuovo che avvicina di più il medico al bambino, ne riduce la distanza, favorisce il dialogo con la famiglia anzi coinvolge essa stessa nel processo di cura. La famiglia stessa è una parte della cura. Si conferma, ancora

una volta, l'ancora di salvezza che riduce l'ansia e ancor di più la paura, di qualcosa di ignoto che sta per accadere sul proprio corpo e che lascerà tracce indelebili nella vita da adulto. La rimozione non è facile. La memoria di un evento doloroso condiziona i comportamenti successivi.

Anche per questo la riduzione del dolore e della sofferenza che ad esso si accompagna deve cominciare sin dall'infanzia. Non sentire dolore è un diritto di tutte le persone malate sia in ospedale sia nella propria casa. Recuperare il ritardo culturale del nostro Paese non è facile. Siamo solo all'inizio di una lunga battaglia. Ci riusciremo? Sarà possibile risalire dal pozzo profondo e buio della sofferenza? La risposta risiede tutta nella nostra capacità e volontà (a tutti livelli) di affrontare il problema alla radice ovvero nel colmare le lacune dei processi organizzativi e di eliminare le barriere culturali che ancora ostacolano la lotta al dolore senza significato clinico e perciò esso stesso una malattia da curare. Abbiamo le intelligenze e le persone capaci per farlo. Non è un lavoro da solisti. Occorre il concorso di tutti.

La misurazione del dolore del bambino

B. Caposciutti

Infermiera, Servizio di Terapia del Dolore, AOU "A. Meyer", Firenze

Per trattare il dolore è necessario per prima cosa rilevarlo e riportarlo in cartella regolarmente in tutti i bambini in ospedale almeno tre volte al giorno o anche molto più spesso in relazione all'intensità del dolore. Questa può apparire una ovvietà, ma accade spesso che per via dei pregiudizi sopra citati medici e infermieri tendano a minimizzare il dolore dei bambini o che siano gli stessi pazienti a negarlo per timori vari: il bambino può avere paura che gli venga somministrato l'analgescico per via intramuscolare, o l'adolescente può rifiutare il farmaco antidolorifico perché vissuto come un ulteriore strumento di controllo nella sua vita, in un momento in cui la malattia gli permette di averne ben poco sulla propria esistenza. Per misurare il dolore esistono oggi numerose scale validate e usate in tutto il mondo, anche per bambini che non sono in grado di comunicare verbalmente.

Esistono due metodi di valutazione del dolore: autovalutazione e eterovalutazione.

Metodi di autovalutazione

Queste scale richiedono una collaborazione da parte del bambino, che deve descrivere rispetto ad un modello figurativo, o a dei valori numerici, il dolore che prova, eseguendo un'autovalutazione e quindi una descrizione del proprio dolore.



Fig. 1. Scala VAS.

Sono adatte a bambini maggiori di tre anni.

La più conosciuta è "la scala delle faccine" (Fig. 1) in cui si mostra al bambino una serie di 5 faccine che esprimono diversa intensità di dolore (da nessuno a moltissimo) e gli si chiede di indicare quale è il dolore che sente. È adatta dai 3 anni in poi.

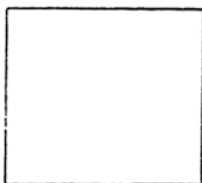
La scala VAS (*Visual Analogic Scale*) consiste in un "righello" che va da 0 a 10, su cui il bambino deve identificare il proprio livello di dolore. Si utilizza con bambini da 6 anni in poi che comprendono i valori numerici e sanno contare.

Nella scala VAS si interviene con un dolore di intensità uguale o superiore a 3.

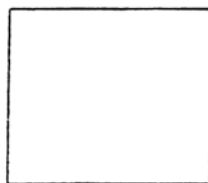
La scala dei colori di Eland (Fig. 2) differisce dagli altri strumenti poiché fornisce informazioni sulla localizzazione oltre che sull'intensità del dolore del bambino. La scala è costituita da un'immagine di una persona vista di fronte e di dietro sulla quale il bambino colora la sede del suo dolore. L'intensità è indicata da 4 colori che il bambino sceglie precedentemente colorando appositi spazi (4 quadratini in alto). Ognuno dei 4 colori scelti dal bambino rappresenta una diversa intensità, a partire dall'assenza, fino ad arrivare al massimo di dolore.

Colorare ogni casella con il colore che il bambino sceglie

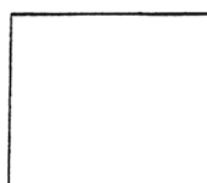
Nessun male



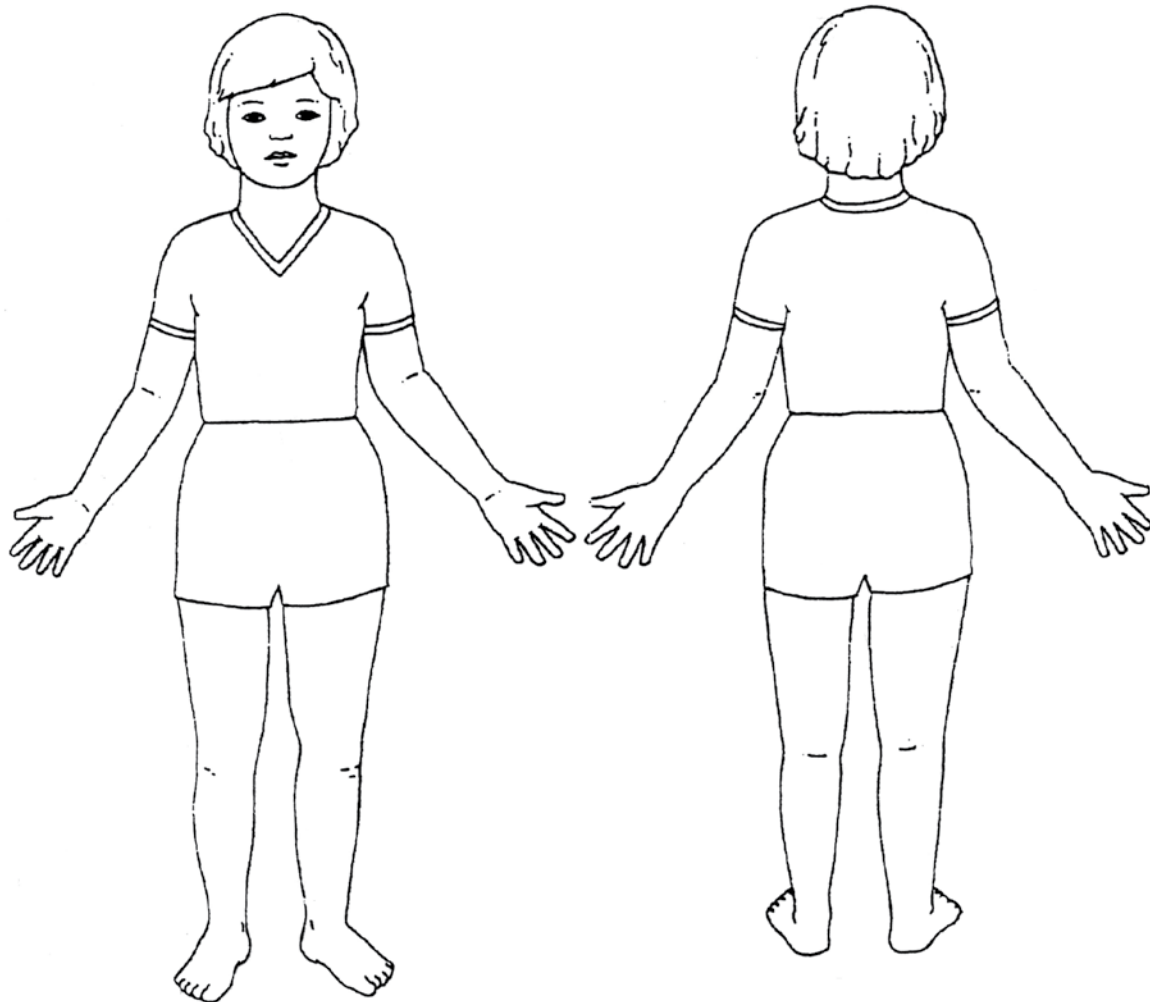
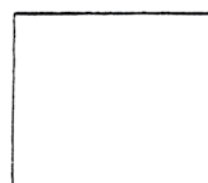
Un po' di male



Ancora un po' più male



Male fortissimo



(indicare se il bambino usa la destra o la sinistra)

Scala dei colori di Eland

Fig. 2. Scala dei colori di Eland.

Metodi di eterovalutazione

Sono scale usate per i bambini non in grado di esprimersi verbalmente, e quindi non capaci di riferire il proprio dolore. È l'operatore-osservatore che verifica la presenza del dolore e della sua intensità, confrontando parametri comportamentali ed indicatori fisiologici del bambino ad una tipologia di situazioni alle quali è attribuito un valore numeri-

co. Esistono specifiche scale di eterovalutazione per neonati a termine e pretermine, per bambini sotto 3 anni, cerebrolesi, per bambini intubati attaccati al ventilatore, bambini privi di coscienza. Queste scale consistono nel rilievo di sintomi clinici obiettivi: ad esempio frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, midriasi, sudorazione, posizione antalgica, espressioni verbali (lamenti, gemiti pianto). In base all'intensità dei sintomi rilevati si attribuisce un

punteggio. In particolare i neonati ed i lattanti rispondono ad uno stimolo doloroso con espressioni facciali specifiche come strizzare gli occhi, corrugare le sopracciglia, arricciare il naso, aprire la bocca e naturalmente con il pianto. Le scale di eterovalutazione più utilizzate sono la CRIES, in Tab. I (per i neonati), la CHEOPS in Tab. II (nata per il post-operatorio, poi utilizzata per altri tipi di dolore), la NIPS e la PIPP (per i prematuri).

Tab. I. Scala CRIES (Crying-Requires O2-Increased vital signs-Expression-Sleepless).

Pianto	No	Acuto	Inconsolabile
Necessità di ossigeno per saturazione di ossigeno > 95%	No	< 30%	> 30%
	Frequenza respiratoria e pressione arteriosa pre-op.	Frequenza respiratoria e pressione arteriosa < 20%	Frequenza respiratoria e pressione arteriosa > 20%
Indici vitali aumentati			
Espressione	Nessuno	Smorfie	Smorfie/grugniti
Insonnia	No	Frequenti risvegli	Sveglia

Pianto: il pianto caratteristico di dolore è acuto. Se non piange o il pianto non è acuto il punteggio è 0. Se il pianto è acuto ma il bambino si consola facilmente, il punteggio è 1. Se il pianto è acuto e inconsolabile, il punteggio è 2.

Necessità di ossigeno per saturazione di ossigeno > 95%: osserva i cambiamenti dell'ossigenazione. I bambini con dolore manifestano una diminuzione nell'ossigenazione come misurato dalla saturazione di ossigeno. Se non c'è necessità di ossigeno, il punteggio è 0. Se l'ossigeno richiesto è < 30%, il punteggio è 1. Se l'ossigeno richiesto è > 30%, il punteggio è 2.

Indici vitali aumentati: se frequenza respiratoria e pressione arteriosa non sono modificate rispetto al valore di base, il punteggio è 0. Se uno dei 2 indici frequenza respiratoria e pressione arteriosa ha subito un aumento < 20%, il punteggio è 1. Se l'aumento di uno dei due è > 20%, il punteggio è 2.

Espressione: l'espressione facciale più spesso associata al dolore è la smorfia. Questa può essere connotata da: sopracciglia rivolte verso il basso, occhi strizzati, la piega nasolabiale che si fa profonda, bocca e labbra aperte. Se il bambino non fa nessuna smorfia il punteggio è 0. Se il bambino fa solo qualche smorfia, il punteggio è 2. Se il bambino fa smorfie e vocalizzazioni senza pianto, il punteggio è 2.

Insonnia: questo parametro si basa sullo stato del bambino durante l'ora precedente l'osservazione. Se il piccolo è stato continuamente addormentato il punteggio è 0. Se si è risvegliato a intervalli il punteggio è 1. Se è stato costantemente sveglio il punteggio è 2.

Tab. II. Scala CHEOPS (*Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*).

ITEM	COMPORAMENTO	P	DEFINIZIONE
Pianto	Assenza di pianto	1	Il bambino non sta piangendo
	Lamento	2	Il bambino si sta lamentando sommestamente, sta piangendo in silenzio
	Pianto	2	Il bambino sta piangendo, ma il pianto è somnesso o lamentoso
	Pianto disperato	3	Il bambino è in un pianto disperato singhiozzante (il punteggio può essere assegnato sia che il bambino si lamenti o no)
Faccia	Normale	1	L'espressione della faccia è normale
	Sofferente	2	Il punteggio viene assegnato solo se l'espressione della faccia è chiaramente sofferente
	Sorridente	0	Il punteggio è assegnato solo se l'espressione della faccia è chiaramente positiva
Parole	Silenzio	1	Il bambino non sta parlando
	Lamentele su altre cose	1	Il bambino si lamenta ma non per il dolore: es. "io voglio vedere la mamma" o "io ho sete"
	Lamentele di dolore	2	Il bambino si lamenta per il dolore
	Lamentele su l'una e l'altra cosa	2	Il bambino si lamenta sia per il dolore che per altre cose: es. "mi fa male" - "voglio vedere la mamma"
	Positive	0	Ogni dichiarazione che il bambino fa è positiva oppure parla su altre cose senza lamentarsi
Dorso	Normale	1	Il corpo (esclusi gli arti) sta fermo; il dorso è normale
	Sgusciante	2	Il corpo è in movimento in maniera sgusciante e sinuosa
	Teso	2	Il corpo è inarcato e rigido
	Tremante	2	Il corpo è percorso da brividi o da scosse involontarie
	Dritto	2	Il corpo è in una posizione verticale o dritta
	Immobilizzato	2	Il corpo è immobilizzato

Il dolore pediatrico in ambulatorio

R. Bonfanti, F. De Feo,
M. Pierattelli

Pediatrì di Famiglia

Il dolore acuto nella patologia acuta banale si ferma di solito in pediatria di famiglia.

Le coliche dei primi mesi di vita, i dolori della dentizione, le tonsilliti dolorose, le otalgie, i dolori muscolo-tendinei, i piccoli traumi sono argomento di quotidiana consultazione ambulatoriale.

Ad oggi numerosi studi confermano che il bagaglio terapeutico a disposizione del pediatra è sufficiente per la gestione della maggior parte di questi problemi (Tab. I).

Da anni inoltre è drasticamente ridotto l'utilizzo di farmaci per via intramuscolare (*dolore da terapia*) che un altro dolore aggiungevano al piccolo paziente, spesso gratuito (vitamine e ricostituenti in primo piano!!!). Oggi i pochi antibiotici che

vengono utilizzati per via i.m. sono riservati alle patologie infettive gravi, oggi sicuramente più rare di un tempo.

Esiste però un nuovo scenario che si affaccia all'orizzonte della pratica medica oggi sempre più spostata fuori dall'ospedale: sono sempre più numerose infatti le patologie chirurgiche minori che vengono operate in day surgery e che permettono al bambino di tornare a casa dopo poche ore dalla fine dell'anestesia. Questo significa che viene spostata sul territorio la gestione del dolore post-operatorio, anche se per periodi brevi.

La patologia del dotto peritoneo-vaginale, il criptorchidismo, il varicocele, l'ipospadia, la fimosi, le cisti mediane del collo, l'asportazione di piccole formazioni cutanee, le ade-

notonsillectomie, prevedono oggi degenze di poche ore e dimissione di solito nel secondo pomeriggio, con consegna di un piano terapeutico sufficiente per affrontare le successive 12 ore.

È quindi necessario che vengano concordati protocolli comuni di comportamento fra l'ospedale e il pediatra di famiglia, aggiungendo anche la possibilità di contatti facilitati per via telefonica o telematica, per ulteriori problemi che possono sorgere. Un problema quindi organizzativo che necessita anche di implementare nuove conoscenze e quindi, in ultima analisi, di formazione mirata.

Esiste poi il *dolore ricorrente*: la cefalea, i dolori addominali ricorrenti, i dolori agli arti ("di crescita") rientrano in questo capitolo. Sono sintomi responsabili di un numero elevato di visite ambulatoriali, alla ricerca di una soluzione che spesso tarda a venire. Al di là del fatto che queste patologie hanno una dignità clinica specifica e prevedono precisi protocolli diagnostici e terapeutici già sufficientemente concordati,

Tab. I. Da: Guida all'uso dei farmaci nei bambini: Ministero della Salute 2003.

Paracetamolo, paracetamolo + codeina nei casi più resistenti				
Via	Età < 12 anni	Età > 12 anni	Frequenza	Note
Orale	10-15 mg/kg/dose	500 mg-1 g	Ogni 4-6 ore	Dose massima nelle 24 ore: 80 mg/kg
Rettale	20 mg/kg/dose	500 mg-1 g	Ogni 4-6 ore	Dose massima nelle 24 ore: 90 mg/kg
Ibuprofene				
Via	Età < 12 anni	Età > 12 anni	Frequenza	Note
Orale	5 mg/kg/dose	200-600 mg	3-4 volte al di	Dose massima nelle 24 ore: 2,4 g/die

il pediatra di famiglia non può non tenere conto delle innumerevoli ripercussioni relazionali, sociali che il dolore comporta con riduzione della frequenza scolastica, aumento del numero dei ricoveri e tanti altri indicatori di disagio.

Questo significa che il problema va considerato nel suo complesso dando una risposta più integrata che superi il solo trattamento del sintomo.

Il *dolore da procedura* è un argomento al quale il pediatra deve fare forse più attenzione: le nuove e numerose possibilità strumentali diagnostiche e terapeutiche (esami ematici, medicazioni, biopsie, indagini endoscopiche, radiografiche ecc.) sono spesso molto invasive anche se indispensabili e sono talvolta più temute e problematiche della stessa patologia per la quale vengono proposte.

L'ansia e la paura derivano soprattutto dalla carenza di informazione nei confronti della procedura e dal ricordo negativo di esperienze precedenti. Diventa quindi necessario concordare e preparare la famiglia e il bambino informandoli correttamente, non dimenticando di adoperarsi perché vengano eseguiti solo gli esami strettamente necessari e con il massimo delle garanzie rispetto al problema dolore.

A questo riguardo emerge la necessità di una maggiore attenzione soprattutto per il neonato, delle cui reazioni e ripercussioni al dolore sappiamo ben poco.

Il *dolore cronico* riguarda per lo meno 2 fasce di bambini: quelli che soffrono di malattie croniche non mortali ma invalidanti (per esempio l'artrite reumatoide) dove il dolore è centrale, moderato o severo, e quelli che invece sono affetti da patologia tumorale grave o in fase

terminale. In questi casi il pediatra di famiglia non lavora da solo ma è necessariamente integrato con gli specialisti e/o l'équipe ospedaliera che si occupano della gestione del bambino e i suoi problemi diventano quelli che hanno i colleghi dell'ospedale, con obiettivi comuni che devono essere condivisi.

In generale nella gestione del dolore cronico è necessaria una informazione onesta e chiara con il bambino (quando possibile) e la famiglia, sulle scelte terapeutiche e sui probabili risultati ed è indispensabile una formazione personale sui singoli casi, sia per gli aspetti organizzativi che culturali, che permetta la condivisione fra i diversi operatori del programma di cura.

È qui che sono da apprendere le maggiori novità, mutuata dai colleghi che si occupano di dolore in ambiente ospedaliero.

Il trattamento farmacologico del dolore del bambino

M. Romiti

Anestesista, Servizio di Terapia del Dolore, AOU "A. Meyer", Firenze

Un corretto uso dei farmaci analgesici è in grado di controllare il dolore nella maggior parte dei bambini, secondo alcuni principi basilari.

Trattamento in base all'intensità del dolore

Il dolore è classificato secondo l'OMS in lieve, moderato e forte e i farmaci analgesici vengono somministrati in base all'intensità del dolore seguendo i gradini della scala.

Non dovrebbero esserci esitazioni a passare al gradino successivo in casi di scarso controllo del dolore. Se un farmaco, come la codeina, cessa di essere efficace, dovrebbe essere prescritto un farmaco più forte, ad esempio la morfina, o in alternativa un altro farmaco di pari efficacia.

Il primo gradino è quello del dolore lieve e prevede l'uso di un farmaco analgesico non oppiaceo. Fra questi farmaci quello di scelta è il paracetamolo.

Il secondo gradino è quello del dolore moderato e la codeina è il farmaco più utilizzato che si aggiunge al paracetamolo, insieme anche, eventualmente, a un FANS.

Per il dolore forte, la morfina è il farmaco di scelta oltre ai farmaci adiuvanti che possono essere aggiunti anche negli altri casi.

Trattamento a intervalli regolari

La terapia dovrebbe essere somministrata seguendo uno schema regolare piuttosto che al bisogno. Con il controllo del dolore al biso-

gno, i bambini devono avere dolore prima di richiedere il trattamento; possono temere che il loro dolore può non essere controllato e quindi diventare sempre più spaventati.

L'intervallo fra le dosi dovrebbe essere determinato in accordo con l'intensità del dolore e la durata dell'effetto analgesico del farmaco utilizzato.

La dose al bisogno dovrebbe essere prescritta solo dopo aver programmato un piano analgesico, nel caso in cui il bambino dovesse provare dolore durante la giornata nonostante la terapia a intervalli regolari.

Trattamento attraverso la via di somministrazione più appropriata

I farmaci dovrebbero essere somministrati ai bambini secondo la via più semplice, più efficace e meno dolorosa, che per i bambini è sicuramente la via orale. Possono essere appropriate le somministrazioni, oltre che per via orale, anche per via rettale, venosa, sottocutanea e transdermica.

In generale le iniezioni intramuscolari non dovrebbero essere effettuate a meno di essere assolutamente necessarie; esse sono dolorose e quindi terrorizzanti per i bambini che quindi possono reagire venendo meno alla richiesta di farmaci o negando di avere dolore.

Trattamento personalizzato

I farmaci e le dosi devono essere personalizzate, non ci sono singole dosi che possono essere appropriate per tutti i bambini. Per esempio la dose di un farmaco oppioide che è in grado efficacemente di controllare il dolore varia ampiamente tra i bambini e anche nello stesso bambino in tempi diversi e dovrebbe quindi essere basata sul livello di dolore di ogni singolo bambino.

Quando si usa la morfina, contrariamente ai FANS e al paracetamolo, la sua dose può essere aumentata fino al controllo del dolore perché per questo farmaco non esiste una dose tetto.

Alla sera dovrebbero essere dati gli analgesici adeguati per far passare tranquillamente la notte e se necessario abbinati ad ansiolitici o antidepressivi per mettere in grado i bambini di dormire.

Farmaci specifici per il controllo del dolore

Analgesici non-oppioidi

Gli analgesici non-oppioidi sono utilizzati per il controllo del dolore lieve, o in associazione agli oppioidi per il dolore da moderato a forte. Tutti hanno effetti analgesici, antipiretici e, salvo il paracetamolo, antinfiammatori. Il paracetamolo è il farmaco di scelta. Le dosi raccomandate

Tab. I. Farmaci non-oppioidi per il controllo del dolore nei bambini.

Farmaci	Dosi	Commenti
Paracetamolo	10-15 mg/kg ogni 4-6 ore per via orale	Assenza di effetti collaterali gastroenterici ed ematologici, ma nessuna attività antiflogistica
Ibuprofene	5-10 mg/kg ogni 6-8 ore per via orale	Attività antiflogistica, ma può avere effetti collaterali gastroenterici ed ematologici
Naprossene	5 mg/kg ogni 8-12 ore per via orale	Attività antiflogistica, ma può avere effetti collaterali gastroenterici ed ematologici

sono 10-15 mg/kg ogni 4-6 ore per via orale. Rispetto all'acido acetilsalicilico il paracetamolo non ha effetti collaterali gastroenterici ed ematologici e non è correlato con la sindrome di Reye. Inoltre, neonati e bambini piccoli tollerano il paracetamolo senza difficoltà. L'uso dell'acido acetilsalicilico e degli altri FANS è più ristretto in ambito pediatrico rispetto agli adulti. I più usati analgesici non oppioidi sono riassunti in Tabella I.

Analgesici oppioidi per il dolore da leggero a moderato

La codeina è l'oppioide di scelta per il dolore da leggero a moderato. La dose di partenza raccomandata è 0,5-1,0 mg/kg (preparazione galenica) ogni 3-4 ore per via orale per bambini di età superiore a 6 mesi. Come per gli oppioidi forti, la dose di partenza della codeina per i bambini di età inferiore a 6 mesi dovrebbe essere tra un quarto e un terzo della dose (mg/kg) rispetto ai bambini più grandi. La codeina è di solito somministrata in associazione fissa con i non-oppioidi (generalmente il paracetamolo: LONARID o COEFFERALGAN). La somministra-

zione parenterale non è raccomandata. Se il controllo del dolore non è raggiunto alla dose raccomandata, la codeina dovrebbe essere sospesa e sostituita con un oppioide forte: le dosi eccedenti i livelli raccomandati possono incrementare gli effetti collaterali senza un significativo aumento della analgesia.

Analgesici oppioidi per il dolore da moderato a forte

Morfina

La morfina è il farmaco di scelta per il controllo del dolore forte.

La dose iniziale raccomandata è di 0,2-0,3 mg/kg per via orale ogni 4 ore, modificata poi individualmente sino al controllo del dolore. Sono disponibili sia le preparazioni orali a immediato rilascio (ORAMORPH) che a rilascio controllato (MS CONTIN e SKENAN) che parenterali.

La farmacocinetica della morfina nei bambini piccoli è differente rispetto a quella dei più grandi; conseguentemente, il dosaggio iniziale degli oppioidi (basato su mg/kg) nei bambini con meno di sei mesi di età dovrebbe essere tra 1/4 e 1/3 della

dose iniziale dei bambini più grandi. Se la somministrazione per via orale non è possibile, 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 50 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ (in pratica si prende 0,5 mg/kg e si porta a 50 ml di soluzione fisiologica e si infonde ad una velocità tra 1 e 5 ml/h, 1 ml/h = 10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$, 2 ml/h = 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ 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. La conversione da dose parenterale a dose orale di morfina (in mg/kg) è approssimativamente tre volte la dose parenterale. Una volta

che si è trovato il dosaggio "giusto" di morfina si può passare alle preparazioni di morfina orale a rilascio controllato che può essere somministrata ad intervalli di 12 ore. Le compresse variano da 10 a 100 mg. I bambini dovrebbero essere avvisati che la proprietà del rilascio controllato viene persa se la compressa è masticata. Sono anche disponibili formulazioni a lento rilascio in granuli (SKENAN); queste preparazioni non perdono la proprietà del rilascio controllato se la capsula viene aperta. La dose iniziale raccomandata è 0,6 mg/kg ogni 12 ore. La *titration* (modulazione bilanciata o titolazione) è più difficile con le preparazioni a lento rilascio rispetto alla morfina a rilascio immediato. Per una corretta *titration* si dovrebbe iniziare con la morfina a rilascio immediato presa ogni 4 ore, e la dose dovrebbe es-

sere modulata sino a raggiungere il controllo del dolore nel periodo delle 24 ore, quindi passare alla morfina a rilascio controllato.

Fentanyl

Il Fentanyl è un oppioide sintetico ad azione breve come la morfina quando è somministrato in singolo bolo ma il suo uso è consigliabile in ambiente ospedaliero.

Il Fentanyl è anche disponibile in forma di cerotto autoadesivo per l'assorbimento transdermico (DUROGESIC). In questa forma non è adatto per il dolore acuto. Il tempo tra la applicazione ed il picco di effetto è di 8-12 ore ed il cerotto va sostituito ogni 72 ore.

Il Fentanyl cerotto è utilizzato per il controllo del dolore cronico nei bambini con peso sopra i 25-30 kg perché attualmente il dosaggio minimo disponibile è quello che rilascia 25 $\mu\text{g}/\text{h}$.



Le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore nel bambino

S. Caprilli

Psicologa, Psicoterapeuta
Servizio di Terapia del Dolore,
AOU "A. Meyer", Firenze

Quando un bambino ha dolore la componente psicologica ha una parte molto importante. Infatti, sappiamo per esperienza comune che se il bambino prova paura o è spaventato la percezione del dolore aumenta e quindi la soglia del dolore si abbassa.

Pertanto è essenziale trattare il dolore del bambino anche dal punto di vista psicologico ed emotivo, utilizzando specifiche terapie non farmacologiche. Di seguito riportiamo gli accorgimenti più importanti.

Presenza dei genitori

Un ruolo fondamentale è rivestito dal genitore in quanto è il migliore esperto del bambino, dei suoi bisogni e desideri. È importante rendere partecipe il genitore alle procedure dolorose in maniera attiva, aiutandolo cioè a creare un'alleanza con il bambino e "formandolo" su come aiutare il proprio figlio. Nel trattamento del dolore i genitori diventano degli alleati del bambino e delle

risorse per i curanti. 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.

Informazione e preparazione del bambino

L'informazione è un diritto del bambino e un dovere dei curanti. Le spiegazioni ai bambini vanno date con tempi giusti, con linguaggio semplice e adatto all'età.

È fondamentale il tipo di approccio che si ha con il bambino, non si deve ingannare o raccontargli bugie, soprattutto se è lui che chiede spiegazioni, ma fa parte del nostro lavoro cercare di fornire a lui e ai genitori una informazione veritiera, spiegandogli cosa deve fare e come si può aiutare, naturalmente con i tempi giusti, e con un linguaggio a misura di bambino.

Tecniche non farmacologiche

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

Queste tecniche possono essere facilmente applicabili da tutti (medici, infermieri, genitori e dal bambino stesso) in tempi rapidi, in modo da rispettare i ritmi ospedalieri.

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 dai 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 e le relative età di applicazione.

Respirazione

Consiste nel favorire la respirazione del bambino per aiutarlo 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 preferiti in cui vorrebbe trovarsi. Concentrandosi sui particolari di ciò che ha imma-

ginato, il bambino distoglie l'attenzione dall'angoscia, dalla paura e anche dal dolore da procedura. Questa tecnica può essere usata a partire dall'età di 4 anni, sia per il dolore acuto, da procedura e cronico. Quando si applica la visualizzazione è importante cercare di catturare l'attenzione del bambino, stimolarlo a usare tutti i sensi e tenere sempre alto il suo interesse e la sua 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 al 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 è possibile focalizzare l'attenzione sugli interruttori che controllano l'invio dei messaggi di dolore e che è possibile abbassarli, così che il corpo possa ricevere un diverso messaggio e possa percepire meno dolore.

Distrazione

È una tecnica molto semplice e probabilmente molto usata da genitori e/o personale sanitario e può essere utilizzata a partire dai 2 anni.

Prevede l'uso di oggetti quotidiani, adeguati all'età del bambino, che sono in grado di catturare la sua attenzione e possono ridurre, in alcuni casi, la paura, l'ansia e il dolore. Durante la procedura dolorosa possono essere usati libri tridimensionali, giochi (anche personali portati da casa), video, bolle di sapone ecc., così che il bambino sia impegnato mentalmente in attività a lui gradite. Bambole, pupazzi, libri e 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 permettendo a lui o lei di 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 le procedure dolorose. Per i bambini sopra 6 mesi possono essere utili i giocattoli preferiti che catturano la loro attenzione e li distraggono.

Il dolore cronico oncologico e la fase terminale di vita del bambino

G. Bernini

Pediatra, Responsabile del Dipartimento di Oncoematologia, AOU "A. Meyer", Firenze

Definire un sintomo il dolore conseguente la diagnosi di tumore nel bambino, così come del resto nell'adulto, è quanto mai restrittivo. Il dolore accompagna invariabilmente tutto il decorso della malattia tumorale ed ha tante e tali sfaccettature che piuttosto che un sintomo può essere definito una malattia nella malattia. Può essere presente sin dalla diagnosi, può essere la spia della ripresa della malattia quando ancora nessun altro segno o sintomo è comparso. Riconosce numerose cause. Tra queste sarà preso in considerazione il dolore cronico cioè quello insidioso, continuo, implacabile, insostenibile legato alla presenza di metastasi, al coinvolgimento di organi ed apparati, quel dolore che non è solo fisico, ma anche conseguente alla sofferenza, al disagio psicologico della malattia cronica, alla con-

vinzione che, nonostante tutto, non si riesce a vincere la battaglia.

In termini medici si definisce cronico quel dolore fisico che dura nel tempo e che spesso non recede con le comuni terapie. Un esempio classico è il dolore legato alla presenza di metastasi ossee, all'interessamento di organi di per sé "dolorosi", quali la vescica per esempio, oppure il legato per l'impegno della glissoniana o anche l'insinuarsi del cancro in strutture nervose o il dolore neuropatico.

A differenza del dolore acuto, il dolore cronico necessita di particolare attenzione dal punto di vista terapeutico perché molteplici possono essere le cause che contemporaneamente ne sono all'origine. Così spesso accanto a farmaci per definizione analgesici c'è bisogno di adiuvanti come antidepressivi o ansiolitici. C'è necessità di controlli frequenti dell'efficacia delle terapie

perché il dolore si può modificare rapidamente. Quasi sempre è preferibile una terapia infusionale continua o a boli regolari o mediante analgesia controllata dal paziente.

Altro argomento che necessita di particolare attenzione riguarda la fase terminale della vita. È difficile, è insostenibile per quanti si sono presi cura di un bambino, di un adolescente affetto da tumore e della sua famiglia il dover comunicare che nonostante le cure, la malattia avanza inesorabile e che niente più è possibile in termini di terapie anti-tumorali.

Si parla spesso, al giorno d'oggi, di cure, di accanimento terapeutico, di eutanasia e di testamento biologico. Di fronte a un bambino che muore, accanto a un adolescente che grida, nel silenzio, la sua paura, la sua rabbia e la sua delusione, il medico si trova di fronte a un dolore così travolgente e così immenso che non può avere paragoni, che non significa sconfitta o sdegno ma solo la consapevolezza che è giunto il momento in cui le cure hanno pochi nomi, e cioè amore, tenerezza per chi sta per morire, affetto e sostegno per quanti padre, madre, fratelli rimangono.

La semiologia del dolore e i tipi del dolore del bambino

A. Messeri

Anestesista, Responsabile del Servizio di Terapia del Dolore, AOU "A. Meyer", Firenze

Il dolore rappresenta 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. Basti pensare che nel 1968 Swafford ed Allen dichiaravano che *"I pazienti pediatrici raramente hanno bisogno di farmaci per il sollievo del dolore, poiché essi tollerano bene le situazioni di disagio. Il bambino, infatti, è in grado di dire che non si sente bene o che sta scomodo o che vuole i genitori, ma non è capace di avvertire e manifestare le esperienze dolorose"*. Successivamente nel 1987 è stato dimostrato che la densità dei recettori del dolore nei bambini è simile a quella degli adulti. La connessione di questi recettori al sistema nervoso centrale è completa già intorno alla 30^a settimana di gestazione e, lo stimolo doloroso

può viaggiare sia in fibre nervose non mielinizzate che in fibre sottili mielinizzate. I neurotrasmettitori implicati nella trasmissione del dolore sono presenti durante la vita fetale. In conclusione le vie della trasmissione del dolore sono presenti alla nascita, ma alcune componenti di queste vie continuano a svilupparsi dopo la nascita. Nonostante le attuali conoscenze sulla neurofisiologia e sulle conseguenze di "un dolore" non adeguatamente trattato, il dolore continua ad essere, anche nelle 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.

In un ospedale pediatrico il problema "dolore" si presenta sotto multiforni 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 pregiudizi sul dolore del bambino

Il dolore del bambino è curabile, ma nella maggior parte dei casi viene fatto molto poco o quasi niente per trattarlo. Ciò è dovuto ad una mentalità che minimizza o nega la sofferenza del bambino, mentalità diffusa non solo tra operatori sanitari, ma spesso anche negli stessi genitori e nel comune pensiero sociale. Si tende spesso ad avere delle errate concezioni, una serie di pregiudizi che portano a trascurare il dolore del bambino (Tab. I).



Tab. I. I pregiudizi sul dolore del bambino.

Pregiudizio	Dati
<i>I bambini piccoli, i neonati in particolare, non provano dolore</i>	Per molti anni la comunità scientifica ha considerato il neonato ed il prematuro, incapace di provare dolore. Questa convinzione si basava sul presupposto che i neonati fossero dotati di una soglia del dolore più elevata e fossero incapaci sia di trasmettere sensazioni somatiche dolorose dalla periferia al sistema nervoso centrale, sia di memorizzarle ed integrarle a livello corticale. Negli ultimi anni numerosi studi sperimentali e clinici hanno dimostrato l'esistenza della percezione del neonato già dalla 26 ^a settimana di gestazione ^{9 10}
<i>Il dolore non ha effetti di lunga durata nei lattanti e nei bambini piccoli ed essi non ne hanno memoria</i>	Studi sperimentali hanno sperimentato che il dolore provoca effetti a breve e lungo termine su neonati e lattanti dal punto di vista fisico e comportamentale
<i>Il dolore non può essere riconosciuto e valutato nei bambini piccoli perché non in grado di comunicare verbalmente</i>	Oggi il dolore si può riconoscere e valutare tramite molte scale comportamentali nei bambini che non siano in grado di comunicare verbalmente la loro sofferenza (vedi in seguito)
<i>Se un bambino è in grado di comunicare bene verbalmente e dice di non avere dolore, bisogna credergli</i>	Se il bambino nega di sentire dolore quando è evidente un danno ai tessuti o quando il suo comportamento alterato rivela il dolore, si devono indagare a fondo le ragioni della contraddizione fra reperti fisici, comportamento e dichiarazioni verbali. Alcune paure possono spingere i bambini a celare il proprio dolore. Inoltre, bambini che stanno male da molto tempo o bambini in cui il dolore è cresciuto gradualmente possono non rendersi conto che la sensazione che stanno provando è dolore. I bambini possono negare liberamente ed in maniera efficace il proprio dolore o possono mascherarlo perché sono convinti che ammettere di avere dolore possa dar luogo a spiacevoli conseguenze
<i>I farmaci analgesici usati per combattere i forti stati di dolore (per es. la morfina) portano alla dipendenza</i>	È stato dimostrato che la somministrazione di oppioidi a scopo medico in pratica non causa mai tossicodipendenza ¹²

Tipi di dolore

Le problematiche inerenti al dolore in pazienti di età pediatrica 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 esempio nel trattamento della leucemia sono previste circa 20 o 30 tra punture lombari e aspi-

rati midollari. Bambini piccoli affetti da queste gravi patologie spesso non hanno coscienza della gravità della malattia e la identificano con le procedure dolorose necessarie per curarle. Gli interventi che possono aiutare i bambini a sopportare manovre dolorose, o semplicemente che generano paura, o esami diagnostici che richiedono per la loro esecuzione prolungati periodi di immobilità, possono essere schematizzati essenzialmente in interventi di tipo farmacologico e di tipo non farmacologico.

Gli interventi di tipo farmacologico sono indispensabili in moltissime situazioni e necessitano di una specifica competenza tecnica. È infatti praticamente impossibile far stare immobile e cooperante un bambino finché rimane sveglio; anche la sola somministrazione di ansiolitici non è quasi mai sufficiente e spesso è necessario ricorrere a tecniche combinate di sedazione e analgesia;

- *dolore cronico*: è un dolore 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 ad 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.



Discipline aeree per la colonna vertebrale

(Un nuovo progetto è nell'aria). Progetto pilota

La scoliosi idiopatica è, con grande probabilità, una malattia posturale¹, la cui evoluzione può essere attribuita ai ripetuti stress biomeccanici quotidiani che agiscono, nei soggetti bipedi, su segmenti (vertebre e dischi intervertebrali) malallineati.

Secondo alcuni Autori di rilievo l'anomalia posturale può originare in utero².

Presenta una curva di circa 10° Cobb il 20-30% di adolescenti sotto i 16 anni di età; superiore a 20° il 3-5% e superiore a 30° l'1-3% dei soggetti esaminati.

La terapia conservativa della scoliosi idiopatica consiste nell'utilizzo di corsetti fissi in gesso o mobili in materiale rigido, da indossare 16/20 ore al giorno, in associazione a cicli di ginnastica posturale e/o correttiva, da praticare in media due volte a settimana.

Ad una stima approssimativa si calcola che il S.S.N. spenda circa 1.000 euro/anno a paziente per la sola ginnastica medica; 2.550 euro per un corsetto in gesso (compreso il periodo di degenza necessario), circa 700 euro/anno per il corsetto mobile e 150 euro/anno per tre consulti specialistici di controllo.

Si tratta di una terapia che dura alcuni anni (4-6 anni in media) e incide pesantemente sull'equilibrio psicologico del paziente e della sua famiglia, condizionando spesso i rapporti sociali e limitando le attività e le scelte ludico-sportive, in una fase

M. Maciucci

Pediatra di Famiglia, FIMP
Roma

di crescita molto delicata (dalla pre-adolescenza alla fine della maturità scheletrica).

D'altra parte invece l'unica tecnica in grado (sia pur con qualche rischio) di ridurre in modo significativo una curva scoliotica severa sembra essere la "trazione" (orizzontale o verticale), come dimostrato da Cotrel^{3,4}.

Considerando che:

- alcuni Autori confortano l'ipotesi che la trazione gravitazionale associata all'accelerazione dovuta al movimento possa essere di beneficio nel soggetto scoliotico (scala orizzontale, barre parallele, *jungle-gym*⁵);
- gli esercizi che allenano l'equilibrio e che mettono in contrazione la muscolatura in modo da favorire il riallineamento centrale corporeo contrastano l'asimmetria scoliotica (asse o sfere d'equilibrio, rola-bola, filo sospeso in aria);
- esercitarsi in attività motorie di destrezza, insolite, potrebbe risvegliare sensazioni propriocettive sopite di cui il nostro corpo e la nostra mente hanno invece un

grande bisogno (giocoleria di vario tipo);

- la terapia conservativa sino ad ora proposta ai soggetti con patologia del rachide consiste in ginnastica riabilitativa, emotivamente poco stimolante e nell'applicazione di corsetti rigidi che bloccano, invece che potenziare, il trofismo muscolare, e sono soggettivamente e socialmente poco accettati.

La mia proposta è di considerare la possibilità che "le discipline ginnico-circensi aeree" (trapezio, cerchio, tessuti o funi aeree, scala orizzontale o verticale, anelli o parallele, *jungle-gym*, ecc.) possano rivoluzionare la terapia della/delle deformità vertebrali o, quantomeno, rivelarsi un'efficace prevenzione, offrendo finalmente ai nostri bambini/ragazzi, colpiti da tale patologia o a rischio di svilupparla, un rimedio divertente, durante una fase di crescita fisica e psichica molto delicata. La "giocoleria" di vario tipo (palline, clave, diablo, ecc.) e l'"equilibrismo" (monociclo, filoteso, rola-bola, sfera o rullo d'equilibrio) potrebbero affiancare le discipline aeree in quanto ritenute attività divertenti ed insolite ed efficace palestra propriocettiva che favorisce il simmetrico potenziamento muscolare nella ricerca, attraverso il gioco, della centralità corporea.

Fondamenti teorici del metodo

Fu il dott. Cotrel nel 1979⁶ a proporre l'autotrazione orizzontale, su un letto di sua invenzione, per ridurre la deformità scoliotica prima dell'intervento chirurgico. Alcuni fisioterapisti polacchi, nel 1981, dimostrarono la maggiore efficacia della trazione gravitazionale statica, sospendendo i pazienti a testa in giù, con ancoraggio pelvico alla spalliera e peso aggiunto in regione cranio-cervicale. Stehbens infine, in un recente e brillante lavoro, ha osservato l'efficacia della trazione gravitazionale dinamica in un bambino con scoliosi giovanile evolutiva che quotidianamente si allenava su una scala orizzontale, sospesa a parete⁵.

Da tutto ciò si deduce che la trazione in sospensione, specialmente se associata all'accelerazione dovuta al movimento, può essere efficace nel trattamento delle deformità vertebrali, e l'idea è quella di trasformarla in una divertente ed emozionante attività ricreativa, che mira alla salute della colonna vertebrale e ha come fondamento teorico quello di minimizzare l'impatto al suolo del peso corporeo (considerato effetto negativo), esaltandone invece l'effetto di trazione gravitazionale in sospensione (considerato effetto positivo).

Metodologia e risorse impiegate

L'équipe di lavoro sarà costituita da medici esperti in medicina dell'età evolutiva e in fisiopatologia del tes-

suto osseo, da fisioterapisti della colonna vertebrale, da professionisti circensi e da insegnanti di ed. motoria che collaboreranno per la realizzazione di corsi adeguati per fascia di età (infanzia e adolescenza) e per tipologia di individui.

La diffusione e la pubblicizzazione del metodo potrà essere realizzata attraverso le scuole pubbliche di ogni ordine e grado, la sensibilizzazione dei pediatri di famiglia e delle Istituzioni sanitarie e sportive dislocate sul territorio.

Oggetto dello studio pilota

Tutti i bambini e gli adolescenti, dai 5 ai 18 anni di età, con colonna vertebrale in asse, con scoliosi e/o cifosi idiopatica vera o atteggiamentale. Tutti i soggetti saranno valutati clinicamente dall'équipe medica proponente il progetto, prima dell'inserimento ai corsi; verranno selezionati poi alcuni individui da avviare ad un monitoraggio periodico più approfondito, al fine di studiare gli effetti sul rachide delle discipline aeree oggetto di studio.

Conclusione

Abbiamo fatto sport prevalentemente sulla terra e nell'acqua sino ad oggi: è possibile che in alcune patologie neuro-muscolari (e la scoliosi è tra queste) sia invece l'aria l'ambiente migliore dove esercitarsi. Credo sia doveroso provarci!

E mi auguro che questa originale ipotesi di lavoro, ormai in fase di realizzazione a Roma, susciti sempre più interesse a livello regionale,

nazionale e quindi europeo, poiché i risultati di un vasto studio clinico potrebbero rivoluzionare la terapia delle deformità vertebrali o quantomeno rivelarsi una efficace prevenzione, offrendo finalmente ai bambini e ai ragazzi colpiti da tale patologia o a rischio di svilupparla un rimedio divertente, durante una fase di crescita fisica e psichica molto delicata.

Mi accompagnano, in questa emozionante avventura i colleghi e amici: prof. S. Minisola (Univ. "La Sapienza"), prof. M. Crostelli (Osp. "Bambino Gesù"), dott. F. Bigi (Spec. in Med. Int.), dott.ssa A. Bertolo (Fisioterapista), prof. G. Alessio (Soc. Sportiva A.S. Acli III Millennio), Anna Paola Lorenzi (Artista di Circo Contemporaneo). Collaborano alla realizzazione del progetto: prof. V. Costigliola (Europ. Medic. Associat.), dott. A. Palma (Fed. Med. Ped. Reg. Lazio).

Dedicato a tutti i bambini, sani e non solo!

© tutti i diritti riservati

Bibliografia

- 1 Stehbens WE. *Pathogenesis of idiopathic scoliosis revisited*. Exp Mol Pathol 2003;74:49-60.
- 2 Dunn PM. *Congenital Postural deformities*. Br Med Bull 1976a;32:71-76.
- 3 Hancox V. *Cotrel traction for patients with scoliosis*. Physiotherapy 1981;87:71-2.
- 4 Majoch S. *Gravitational traction in preparation for surgery*. Physiotherapy 1981;67:72-3.
- 5 Stehbens WE, Cooper RL. *Regression of juvenile idiopathic scoliosis*. Exp Mol Pathol 2003;74:326-35.
- 6 Cotrel Y, Stringe R, Plais PY, Paluza KM. *Spinal Traction in Scoliosis*. In: Zorab PA, ed. *Scoliosis*. London: Academic Press 1979, pp. 241-261.

Privacy

Gli obblighi del Pediatra di Famiglia

Valdo Flori

Pediatra di Famiglia, Firenze

La normativa in materia di privacy (il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede una serie di regole da rispettare e di misure da adottare per un uso corretto dei dati personali degli assistiti all'interno del Sistema Sanitario.

In sintesi il pediatra di famiglia deve:

1. informare i genitori sulle modalità di trattamento dei dati;
2. raccogliere il consenso dei genitori;
3. redigere il DPS.

L'informativa ha lo scopo di fornire agli assistiti le adeguate informazioni sull'uso che verrà fatto dei loro dati e sui diritti loro riconosciuti dalla legge.

Per facilitare il rispetto delle norme sulla privacy da parte dei medici di base il Garante ha messo a punto un modello di informativa semplificata che valorizza il rapporto personale tra medico di base e assistiti e riguarda anche i trattamenti correlati effettuati da altre figure sanitarie, come il sostituto del medico o del pediatra, lo specialista, il farmacista. Nel modello di informativa sono indicati gli elementi essenziali che devono essere forniti una tantum agli assistiti. I genitori devono sa-

pere, in particolare, che senza il loro specifico consenso il pediatra non può rendere noto a familiari o conoscenti le loro condizioni di salute.

Nell'informativa che in Toscana abbiamo redatto in collaborazione con gli esperti della Regione è stata aggiunto anche l'utilizzo dei dati in forma anonima per scopi di ricerca.

I medici possono informare i pazienti a voce, per iscritto o affiggendo il testo dell'informativa, facilmente visibile, nella sala d'attesa dell'ambulatorio.

Nella pagina seguente è pubblicato il testo dell'informativa semplificata fornita da Garante.

Il Consenso dei genitori va raccolto dopo aver illustrato modalità e scopi del trattamento dei dati. Una copia va data al paziente ed una va conservata dal medico. Vi sono vari modelli per raccogliere il consenso, nelle pagine seguenti sono riportati due modelli (di cui uno per il pediatra inserito in una forma associativa) che sono stati elaborati e forniti dagli esperti in materia di Privacy della Regione Toscana.

In mancanza del consenso il medico è tenuto a conservare i dati del paziente eventualmente in suo possesso.

Il consenso dell'assistito è presupposto indispensabile per il rapporto professionale continuativo medico/paziente.

Il DPS (documento programmatico di sicurezza), rappresenta un documento dove vengono descritte le modalità di tenuta dei dati, i rischi relativi alla diffusione o alla perdita dei dati e le misure di sicurezza in tal senso attuate. Va aggiornato annualmente, ma è consigliabile farlo ogni qual volta viene approntata qualsiasi modifica alle modalità di trattamento dei dati.

Da non dimenticare di conferire l'incarico per il trattamento dei dati alla segretaria o all'infermiera e di nominare quale responsabile il titolare dello Studio Commercialista per il trattamento dei dati personali relativi ai pazienti e ad eventuale personale dipendente, per le fatture, buste paga e denuncia dei redditi.

Il DPS va esibito in caso di specifica richiesta del Garante.

Sono previste pesanti sanzioni, come illeciti civili per l'assenza di informativa e per omissione di fornire informazioni o esibire documenti richiesti dal Garante, come illeciti penali per l'omessa adozione di misure necessarie alla sicurezza dei dati, in questo caso la normativa prevede anche la possibilità di risarcimento del danno.

INFORMATIVA SEMPLIFICATA

PROVVEDIMENTO del Garante del 19 luglio 2006

Informativa semplificata per medici di base e pediatri. (GU n. 183 del 8-8-2006)
ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.

Consenso all'uso dei dati del minore da parte del Pediatra di Famiglia

Io sottoscritto/a signor/a

....., nato/a a.....
 e residente a....., in Via/P.zza.....
 genitore/tutore di codice fiscale.....
 assistito dal Dott..... che opera in qualità di pediatra di famiglia presso lo studio
 medico sito in e da questi informato/a sull'uso dei dati personali del minore

- a) presto il consenso affinché il pediatra utilizzi i dati (personali, sensibili e di salute) del minore per:
- prendersi cura della sua salute in via diretta o attraverso la prescrizione di accertamenti indagini e consulti presso altri specialisti o luoghi di ricovero;
 - prescrivere farmaci;
 - svolgere tutte le attività amministrative connesse al rapporto assistito-pediatra di libera scelta e alla gestione dello studio pediatrico.

sì no

- b) presto il consenso affinché il pediatra utilizzi i dati del minore a fini di ricerca:

sì no

- c) presto il consenso affinché il pediatra possa acquisire informazioni relative allo stato di salute del minore comunicando direttamente con l'Azienda Sanitaria che ha erogato prestazioni dietro sua prescrizione:

sì no

Luogo.....

Data

Firma_____

Consenso all'uso dei dati del minore da parte dei Pediatri in associazione

Io sottoscritto/a signor/a

....., nato/a a.....
 e residente a....., in Via/P.zza.....
 genitore/tutore di codice fiscale
 assistito dal Dott..... che opera in qualità di pediatra di famiglia presso lo studio
 medico sito in e da questi informato/a sull'uso dei dati personali del minore

- a) presto il consenso affinché il pediatra di mio figlio e gli altri pediatri che fanno parte dell'associazione di riferimento utilizzino i dati (personali, sensibili e di salute) del minore per:
- prendersi cura della sua salute in via diretta o attraverso la prescrizione di accertamenti, indagini e consulti presso altri specialisti o luoghi di ricovero;
 - prescrivere farmaci;
 - svolgere tutte le attività amministrative connesse al rapporto assistito-medico di famiglia ed alla gestione dello studio medico associato.

sì no

- b) presto il consenso affinché il pediatra di mio figlio e gli altri pediatri che fanno parte dell'associazione di riferimento utilizzino i dati del minore a fini ricerca:

sì no

- c) presto il consenso affinché il pediatra di mio figlio e gli altri pediatri che fanno parte dell'associazione di riferimento possano acquisire informazioni relative allo stato di salute del minore comunicando direttamente con l'Azienda Sanitaria che ha erogato prestazioni dietro loro prescrizione:

sì no

Luogo.....

Data

Firma_____

Immissione in commercio e prescrizione del metilfenidato

AIFA - 08/03/2007

L'Agencia Italiana del Farmaco, al termine di un lungo percorso di valutazione e approfondimento durato oltre un anno e condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con un Comitato scientifico, appositamente costituito, formato da maggiori esperti a livello nazionale, ha approvato l'immissione in commercio del metilfenidato, riconosciuto dalla Comunità scientifica quale farmaco di elezione per la cura della **Sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)** in integrazione con terapia psico-comportamentali.

Al fine di garantire un uso sicuro e appropriato del farmaco e a limitarne l'impiego in casi selezionati e non rispondenti alle sole terapie psico-comportamentali il provvedimento assunto oggi dal Consiglio di Amministrazione dell'AIFA vincola la prescrizione del farmaco all'osservazione di un **rigidissimo protocollo che prevede l'esecuzione di una diagnosi**

differenziale e la definizione di un Piano terapeutico da parte di Centri di neuropsichiatria infantile individuati dalle Regioni e l'istituzione di un apposito Registro nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità.

La terapia con il metilfenidato dovrà essere iniziata dal neuropsichiatra infantile del Centro di riferimento regionale e dovranno essere effettuati controlli dopo una e quattro settimane di cura per la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità e, in caso di conferma della terapia, anche dopo cinque mesi. I successivi controlli dovranno essere poi eseguiti con periodicità semestrale.

La valutazione dei periodi intermedi sarà effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali in collaborazione con il pediatra di famiglia.

Almeno una volta all'anno il trattamento farmacologico dovrà essere interrotto per verificare la possibilità di continuare la cura dell'ADHD con la sola terapia psico-comportamentale.

Per struttura e modalità operative il Registro, banca dati rigorosamente anonima, rappresenta uno strumento unico a livello internazionale in grado di garantire la presa in carico complessiva dei bambini e degli adolescenti affetti da ADHD, assicurare omogeneità alla gestione terapeutica e alla diagnosi della malattia, consentire il monitoraggio dell'efficacia e della sicurezza della terapia e impedire che si verifichi un uso inappropriato del metilfenidato.

I segni nell'abuso sessuale sui minori. Fantasia o realtà

Convegno internazionale

8 e 9 giugno 2007

Presso lo IULM (Istituto Universitario di Lingue Moderne), Via Carlo Bo, Milano

Organizzatore e provider ECM: Inform-Azione Donna Bambini Ancora ONLUS (Via Procaccini 34, 20154 Milano, Italy)

In concomitanza si terrà un:

European Specialist Group on physical signs in Child Sexual Abuse

(Il giorno 9 presso la medesima sede, il 10 giugno a Como, Villa Gallia, ad inviti)

Corso ECM (a posti limitati) per pediatri. Fino ad esaurimento dei posti è prevista la presenza al Convegno anche senza partecipazione al corso ECM.

Il Convegno si svolge col Patronato della Presidenza della Regione Lombardia e col patrocinio di: Provincia di Milano, Provincia di Como, Comune di Milano, Consiglio di Zona 6 di Milano, Movimento per l'Infanzia, Ordine dei Medici di Milano, Associazione Donne Medico di Milano.

Quote di iscrizione:

Convegno: €50 al giorno; Corso ECM: €250

PROGRAMMA DEL CONVEGNO E DEL CORSO ECM

(Nella giornata dell'8 giugno è prevista la traduzione simultanea italiano/inglese)

Venerdì, 8 giugno

- | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.30 | Registrazione e pre- test per Corso (attività a piccolo gruppo) |
| 9.30 | Apertura (Maria Benigno), interventi delle Autorità, presentazione del Convegno e del Corso |
| 10.00 | Incontro a grande gruppo, Presiede: Maurizio Bruni
I segni psicologici nell'Abuso sessuale sui minori
(Maria Rita Parsi, Roma; Maria Beatrice Toro) |
| 15.15 | Prevalenza dell'abuso sessuale sui minori in Italia
(Alberto Pellai, Milano) |
| 12.00 | Prevalenza dell'abuso sessuale sui minori e di violenza e trascuratezza in UK
(Chris Hobbs, Leeds) |
| 12.45-13.30 | Malattie sessualmente trasmesse nell'abuso sessuale sui minori
(Amanda Thomas/Chris Hobbs, Leeds) |
| 13.30-14.30 | Discussione in piccolo gruppo (Enrico Solito, Prato) |
| | Lunch in corso di piccolo gruppo (14.00-14.30) |

- 14.30 (Presiede: Chris Hobbs) (attività a piccolo gruppo)
I segni fisici nell'abuso sui minori: lesioni genitali acute e croniche
(Jan Price, England: Lesioni vulvari acute da abuso sessuale in fase prepuberale – Patrizia Sampao-
lo e Mariangela Cistemino, Pavia: Lesioni vulvari acute e croniche in fase circa- e post-puberale: la
visita del pediatra all'apparato genitale delle bambine)
- 16.00 (Presiede: Maurizio Bruni) (attività a piccolo gruppo)
I segni fisici nell'abuso sessuale sui minori: lesioni anali acute e remote
(Chris Hobbs, Leeds; Maurizio Bruni, Milano; Attilio Mazzei, Napoli)
(continua attività a piccolo gruppo)

Sabato, 9 giugno

- 8.30 Benvenuto del Presidente di "Bambini Ancora" Sig.ra Maria Benigno
- 9.00-14.00 (Presiede: Maurizio Bruni) (attività a grande gruppo)
I diritti dei bambini: un debito verso la storia
(Andrea Coffari, Firenze)
- Le necessità della Giustizia: relazioni e consulenza tecnica – Le indagini nell'abuso sessuale sui minori
(Pietro Forno, Torino)
- Obblighi medico-legali dei sanitari nel dubbio di abuso sessuale su minori
(Cristina Cattaneo, Milano)
- Modalità di esecuzione dell'accertamento medicolegale nei casi di sospetto abuso sessuale sui mi-
nori: il consenso italiano
(Maria Rosa Giolito, Torino)
- L'intervista al minore in sede di audizione per sospetto abuso sessuale
(Daniela D'Ottavio-Del Priore, Lugano-Massagno/Svizzera)
- Abuso rituale satanico
(Giorgio Gagliardi, Como)
- (Lunch in sede di gruppo – attività a piccolo gruppo)
- 14.00-17.00 Discussioni – compilazione del questionario finale – correzione – Conclusioni finali (a piccolo gruppo)

